Advies

Bekostiging wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet

Overheveling extramurale verpleging van de AWBZ naar de Zvw

november 2013

Inhoud

Vooraf

De NZa adviseert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de overheveling van de extramurale verpleging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). In dit advies beantwoorden wij de vraag van de minister van VWS over de toekomstige bekostiging van extramurale verpleging en persoonlijke verzorging in de Zvw. Dit advies geeft op hoofdlijnen weer hoe de extramurale verpleging en persoonlijke verzorging binnen de Zvw bekostigd kan worden.

Bij de totstandkoming van dit advies hebben wij experts in het veld, zoals ziektekostenverzekeraars, zorgaanbieders, branchepartijen en overheidsorganisaties betrokken. Tijdens een consultatiebijeenkomst en via schriftelijke reacties hebben partijen gereageerd op het consultatiedocument van september 2013. Naar aanleiding van deze reacties, waaruit bleek dat veel partijen een voorkeur hadden voor een hybride model, is een aanvullende werkbijeenkomst georganiseerd om meer helderheid te krijgen over de technische uitwerking van dit model. De reacties op ons consultatiedocument en de aanvullende werkbijeenkomst zijn gebruikt bij het schrijven van dit advies.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de constructieve bijdragen van alle betrokkenen dan ook zeer op prijs en willen hen hiervoor hartelijk bedanken.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Inleiding
De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de minister) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om advies uit te brengen over de toekomstige bekostiging van extramurale verpleging na overheveling van de extramurale verpleging en de daarmee samenhangende persoonlijke verzorging in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De minister heeft daarbij een aantal randvoorwaarden gesteld, onder andere de aanwezigheid van adequate prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg, voldoende keuzevrijheid voor de verzekerde, macro budgettaire beheersbaarheid en de datum van overheveling per 1 januari 2015.

Aan de hand van de randvoorwaarden, enkele beleidsmatige uitgangspunten en andere specifieke vragen, vraagt de minister ons om twee modellen voor de toekomstige bekostiging van extramurale verpleging in de Zvw uit te werken. Het gaat om een model op basis van populatiebekostiging en een model op basis van prestatiebekostiging.

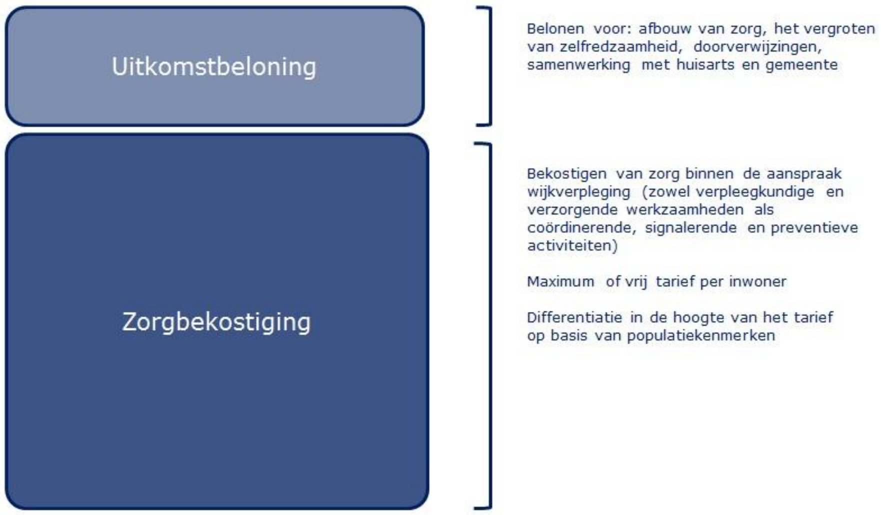
Toekomstige situatie
De extramurale verpleging die op dit moment uit de AWBZ wordt bekostigd, wordt overgeheveld naar de Zvw. Het gaat hier om de huidige prestaties Verpleging (VP), en Persoonlijke Verzorging (PV)[1]. Al deze vormen zullen onder één aanspraak 'wijkverpleging' komen te vallen. Ook de 'schakeltaken' van wijkverpleegkundigen, zoals die nu in projecten van de 'Zichtbare schakel' worden ingezet en wat niet altijd individueel toewijsbare zorg betreft, behoren onder de aanspraak. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft de nieuwe aanspraak in de Zvw, op basis van de uitgangspunten in het Regeerakkoord, beschreven. De Zvw gaat uit van een individueel recht op zorg waarvoor een zorgverzekeraar zorg inkoopt zorg voor zijn verzekerden (natura) of de kosten van de zorg vergoed (restitutie). In de aanspraak wijkverpleging is naast individuele verpleging ook sprake van meer collectieve taken in de wijk die niet toewijsbaar zijn aan individuele verzekerden. Het risico bestaat dat zorgverzekeraars deze zorg in de praktijk niet inkopen omdat individuele verzekerden hun verzekeraars moeilijk aan deze zorgplicht kunnen houden.

Bekostigingsmodel Populatiebekostiging
In dit model is de bekostiging gebaseerd op een gemiddeld bedrag per verzekerde. De zorgverzekeraar koopt vervolgens voor zijn populatie de wijkverpleging in. Het tarief wordt vormgegeven als een zogenaamd max-max tarief, om binnen gereguleerde tarieven zoveel mogelijk ruimte te geven aan lokaal maatwerk. Het eerste maximum wordt bepaald aan de hand van huidige macrokosten voor verpleging en persoonlijke verzorging, omgeslagen in een bedrag per verzekerde. Dit tarief kan vervolgens verhoogd worden tot het tweede maximum, in geval de populatiekenmerken hier aanleiding toe geven. In regio's met lager dan gemiddelde zorgzwaarte kan een verzekeraar ook onder het eerste maximum tarief contracteren. Het model geeft daarmee grote vrijheid voor regionale differentiatie. Het model wordt tot slot aangevuld met een laag voor uitkomstbeloning. In eerste instantie is de NZa van mening dat tarieven tot 2017 gereguleerd moeten zijn, gezien de niet (volledige) risicodragendheid van zorgverzekeraars. Op een later moment is het

[1] Van Persoonlijke Verzorging wordt 95% van het budget overgeheveld naar de Zvw. Hierop wordt nog een korting toegepast.

mogelijk om op basis van een nadere marktanalyse te bezien of de tariefregulering verder losgelaten kan worden. Hierdoor wordt de totstandkoming van de tarieven meer bij aanbieders en verzekeraars gelegd.

Figuur 1. Opbouw tarief wijkverpleging



De analyse van deze bekostigingsvorm levert een beeld op van de voor- en nadelen van populatiebekostiging als bekostigingsmodel voor wijkverpleging bij overheveling naar de Zvw.

Voor de zorgverlening en inrichting van de beschikbaarheid van het zorgnetwerk in de wijk brengt dit systeem veel voordelen met zich mee. Integrale, doelmatige zorglevering en het tot stand brengen van samenwerking in de wijk gaat goed samen met deze wijze van bekostiging. Ook zijn de uitgaven aan verpleging en persoonlijke verzorging bij dit systeem goed voorspelbaar. De nadelen van dit systeem zitten onder andere in het gebrek aan inzicht in de kosten en de prikkel tot onderbehandeling en afwenteling van zorg. Het bepalen van een adequaat tarief op het niveau van een individuele zorgaanbieder zal naar de mening van de NZa zeer lastig zijn. De prikkel tot onderbehandeling dient ondervangen te worden via uitkomstbekostiging, maar een beproefde en eenduidige methodiek voor uitkomstbekostiging lijkt op korte termijn niet haalbaar. Bovendien moet in ogenschouw worden genomen dat het voor kleinere zorgaanbieders moeilijk zal zijn om als zelfstandig hoofdaannemer voor alle wijkverpleegkundige zorg op te treden, gezien de grote financiële risico’s van de zorg voor een gehele populatie.

Specifiek bij dit bekostigingsmodel speelt dat het model afwijkt van de reguliere bekostigingsvormen in de Zvw. Het belangrijkste verschil met de gebruikelijke vormen van bekostiging binnen de Zvw is dat niet het zorggebruik leidend is voor de vergoeding. Dit andere uitgangspunt leidt tot een andere werking van het systeem. Ex ante contractering van aanbieders lijkt bijvoorbeeld noodzakelijk. Voor restitutievergoedingen moet specifiek beleid worden vastgesteld. De NZa signaleert een strijdigheid tussen verplichte ex ante contractering en zorg op restitutiebasis. Het gevolg van dit model is dat er naar verwachting sprake is van een beperking van de keuzevrijheid voor de Zvw-verzekerden, hoewel de effecten van populatiebekostiging op aanbiederskeuze te omzeilen zijn via restitutie. Deze dualiteit kan opgelost worden door via een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB)

verplicht te stellen dat alleen zorg van gecontracteerde aanbieders gebruikt kan worden. Dit beperkt echter de keuzevrijheid van patiënten. Tot slot is duidelijk dat een substantiële verandering van de bekostigingswijze hoge uitvoeringslasten met zich meebrengt.

Wanneer we de beleidsmatige uitgangspunten van het ministerie van VWS voor de toekomstige bekostigingssystematiek bekijken, kunnen we het volgende constateren over dit bekostigingsmodel.

Evident is dat met dit model wordt voldaan aan het uitgangspunt van een populatiegebonden deel van de bekostiging. Het tweede uitgangspunt is dat binnen de bekostiging ruimte dient te zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten. In het voorgestelde model dienen prikkels voor kwaliteit via contractafspraken gerealiseerd te worden, maar het maken van deze afspraken is echter niet afdwingbaar. Zolang sprake is van een flexibel tarief kan de zorgverzekeraar wel belonen op basis van kwaliteit. Daarnaast is middels laag 2, de uitkomstbeloning, deze mogelijkheid gegeven. Het model biedt dus ruimte voor aanvullende beloningsafspraken en voldoet hiermee aan het uitgangspunt. Het is echter aan verzekeraars en zorgaanbieders om de uitkomstbeloning (laag 2) op een goede manier vorm te geven.

Ook wordt met dit model voldaan aan de doelstelling de volumeprikkel weg te nemen. Het verband tussen geleverde zorg en bekostiging wordt immers volledig losgelaten, en het risico dat gepaard gaat met hogere zorgconsumptie ligt bij de zorgaanbieder.

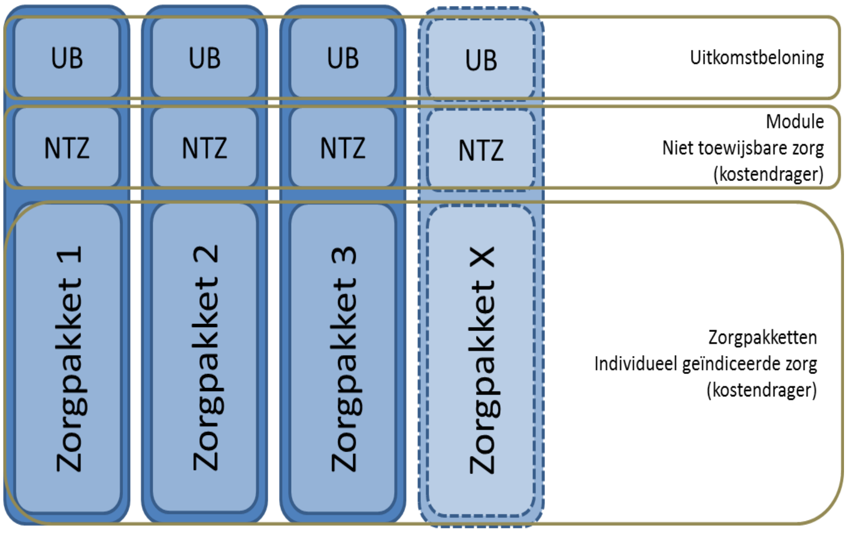
Daarnaast dient de bekostiging tevens een verschuiving te bevorderen van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg en van specialistische zorg naar minder complexe zorg. Door het verdwijnen van de volumeprikkel zal een verschuiving van professionele zorg naar zelf-en mantelzorg bevorderd worden. Het is echter onwaarschijnlijk dat het model een verschuiving bevordert van specialistische naar minder complexe zorg. Door het verdwijnen van de volumeprikkel ontstaat juist een risico op verschuiving naar specialistische zorg.

Tot slot zou de samenwerking tussen de eerstelijns zorgaanbieders en aanbieders in het sociale domein bij voorkeur een plek moeten krijgen in de bekostiging. In het voorgestelde model is er ruimte voor deze samenwerking in laag 2, de uitkomstbeloning. In de module voor beloning kunnen afspraken gemaakt worden voor deze samenwerking.

Bekostigingsmodel Patiëntvolgende zorgpakketten
Deze bekostigingsvariant is gebaseerd op patiëntvolgende zorgpakketten wijkverpleging die op patiëntniveau gedeclareerd worden conform de principes van prestatiebekostiging. Prestatiebekostiging leent zich goed als methode voor bekostiging, omdat de kosten verbonden aan deze zorg een sterk variabel karakter hebben. Hoe meer zorg wordt geleverd des te hoger de kosten. Anders gezegd, de kosten van een zorgaanbieder nemen af naarmate de omvang van de zorgverlening vermindert.

De zorgpakketten variëren naar zorgzwaarte van de patiënt en bevatten een totaalpakket aan wijkverpleging. Dit tarief bestaat uit twee lagen: een basislaag voor het zorgpakket voor de kosten van het individuele zorgtraject en een aanvullende module voor niet toewijsbare zorg. Ook dit model kent een aanvullende laag met een tarief voor uitkomstbeloning.

Figuur 2. Opbouw tarief wijkverpleging



Deze variant maakt eenvoudige bekostiging mogelijk, gebaseerd op een beperkt aantal prestaties die op patiëntniveau in rekening gebracht kunnen worden. De zorginkoop door zorgverzekeraars, concurrentie tussen zorgaanbieders en keuzevrijheid van verzekerden zijn daarmee gelijk aan de overige vormen van eerstelijnszorg. Het model stelt zorgaanbieders en verzekeraars in staat om aanvullende afspraken te maken over de verdere ontwikkeling van kwaliteit en volume van de wijkverpleging met bijbehorende schakeltaken en multidisciplinaire samenwerking. Door de overlap met de bekostigingssystematiek van de huisartsenbekostiging kan een verdere stap worden gezet door zorgverzekeraars richting een eerstelijns brede zorginkoop.

Een kenmerk van deze bekostigingsvariant is dat de vergoeding voor de niet toewijsbare zorg direct is gekoppeld aan de vergoeding van de individueel geïndiceerde verpleging en persoonlijke verzorging. Dit heeft als voordeel dat de bekostiging de integraliteit van het verpleegkundig vakgebied volgt, maar als nadeel dat het separaat toerekenen van de macrokosten voor de niet toewijsbare zorg loopt via volumeafspraken binnen het individueel geïndiceerde segment.

Het vaststellen van een eenvoudige prestatiestructuur en tarieven en bijbehorende kenmerken vergt nader onderzoek. Daarmee is een reëel risico voor dit traject dat invoering van deze bekostigingssystematiek per 1 januari 2015 te vroeg is, afhankelijk van eventuele knelpunten bij de verdere ontwikkeling van prestaties. In 2015 en 2016 (wanneer verzekeraars nog niet (volledig) risicodragend zijn) bestaat een risico op volumegroei indien niet in een aanvullend systeem van macrokostenbeheersing wordt voorzien.

Het ligt in eerste instantie voor de hand om de tarieven in laag 1 te reguleren door middel van een maximumtarief. Het maximumtarief geeft enige macrobeheersing en geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om ook in het basisdeel van de zorg onderscheid te maken in tarifering tussen verschillende zorgaanbieders. Op termijn kan overwogen worden om de tarieven in dit deel van de zorg vrij te geven, maar hier zal een separate analyse van de markt aan vooraf moeten gaan.

Wanneer we de beleidsmatige uitgangspunten van het ministerie van VWS voor de toekomstige bekostigingssystematiek bekijken, kunnen we het volgende constateren over dit bekostigingsmodel.

Het populatiegebonden gedeelte van de bekostiging komt tot uiting door de aanvullende afspraken die gemaakt kunnen worden in de lagen 2 en 3 afhankelijk van de populatie in te vullen. In deze lagen is ook ruimte voor het tweede uitgangspunt: dat binnen de bekostiging ruimte dient te zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten. Ook voor dit model geldt dat het goed functioneren van de modules afhankelijk is van de doorontwikkeling van uitkomstindicatoren.

De door het ministerie geformuleerde doelstelling om de volumeprikkel weg te nemen komt tevens tot uiting via dit model. Iedere vorm van prestatiebekostiging kent een volumeprikkel en een risico tot upcoding. Omdat gekozen is voor het vaststellen van prestaties in de vorm van zorgpakketten in plaats van het huidige 'uurtje-factuurtje' model, wordt een deel van de huidige volumeprikkel weggenomen. Het goed functioneren van dit model is echter afhankelijk van een zorgvuldig inkopende zorgverzekeraar.

Het ministerie formuleerde de wens om een verschuiving te bevorderen van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg en van specialistische zorg naar minder complexe zorg. De volumeprikkel binnen de eerste lijn zorgt voor een prikkel tot verschuiving van specialistische zorg naar minder complexe zorg, maar zorgt ook voor een prikkel voor de aanbieder om een patiënt 'in zorg' te nemen. Wederom moet een zorgvuldig inkopende zorgverzekeraar hier tegenwicht bieden.

Tot slot zou de samenwerking tussen de eerstelijns zorgaanbieders en aanbieders in het sociale domein bij voorkeur een plek moeten krijgen in de bekostiging. In het voorgestelde model is er ruimte voor deze samenwerking in zowel laag 2 als laag 3. In deze modules kunnen afspraken gemaakt worden voor deze samenwerking en voor de resultaten uit deze samenwerking.

Uitkomsten consultatie
Het merendeel van de consultatiereacties heeft betrekking op de fasering van de overheveling en het nieuwe bekostigingssysteem. Daarnaast is veel aandacht besteed aan de meer collectieve signalering en preventie. Tot slot zijn er aandachtspunten geformuleerd voor de implementatie van de nieuwe bekostiging. Deze neemt de NZa mee in de verdere uitwerking van de bekostiging op het moment dat het ministerie van VWS een beslissing heeft genomen.

Een groot aantal partijen ziet voordelen in een mengvorm van beide beschreven eindmodellen; een zogenaamd 'hybride model'. Verdere verkenning van het model maakt duidelijk dat de standpunten en nadere invullingen van partijen op wezenlijke aspecten verschillen. Daarnaast is de NZa van mening dat een dergelijk model ten opzichte van pure prestatie- of populatiebekostiging de wensen van verzekeraars en zorgaanbieders niet wezenlijk beter faciliteert, maar wel aanvullende complexiteit met zich meebrengt; twee bekostigingselementen (een bedrag per verzekerde in laag 1 versus een bedrag per geïncludeerde patiënt in laag 2) compliceren de inkoop, verantwoording en onderhoud van het systeem. Indien vrije tarieven worden geïntroduceerd voor de populatiebekostiging, waarbij verzekeraars vrij zijn voor welk bedrag per verzekerde zij laag 1 laten leveren door een aanbieder, valt een deel van de complexiteit weg.

Terugvaloptie
Vanwege het beperkte tijdpad voor de overheveling en invoering van een nieuw bekostigingssysteem voor de wijkverpleging heeft VWS verzocht in dit advies een terugvaloptie te bespreken. Niet alleen vanwege

uitvoeringstechnische redenen, maar ook om verzekeraars en aanbieders voldoende tijd te geven om zich voor te bereiden op een nieuw inkoop en bekostigingssysteem, wordt een terugvaloptie geadviseerd. De terugvaloptie betekent dat per 2015 nog de huidige prestaties en tarieven worden gehanteerd. Voor de niet toewijsbare zorg kan een module worden afgesproken in het tarief van een aanbieder aanvullend op de prestatie wijkverpleging. Wanneer voor de terugvaloptie wordt gekozen, dienen nog een aantal keuzes te worden gemaakt, waaronder de tarifering, wijze van zorginkoop en kostenbeheersing.

Aandachtspunten systeemwijzigingen
Voor de beide bekostigingsmodellen is een analyse uitgevoerd op toekomstige aandachtspunten voor de systeemwijziging. Het heeft betrekking op het systeem van wijkverpleging in de Zvw en nog niet op de onderliggende NZa wet- en regelgeving.

Zolang de verpleging onder meerdere aanspraken en voorzieningen valt, is voor alle partijen een prikkel aanwezig om te kiezen voor de gunstigste optie. Dit geldt zowel voor aanbieders als voor verzekeraars en patiënten. Een risico is dat in de overgangsfase de zorgverzekeraars niet (volledig) risicodragend zijn en daarmee de prikkel tot financiële beheersing door verzekeraars ontbreekt. Zorgverzekeraar en eventueel gemeente hebben in het algemeen een prikkel om verzekerden/inwoners naar de Wet langdurige zorg (Wlz) te verwijzen.

Wanneer gekozen wordt voor prestatiebekostiging bestaat een risico op niet correct declareren door de aanbieder. Daarnaast bestaat een risico op upcoding. Dit vormt voornamelijk een risico in de periode tot 2017, wanneer de verzekeraar nog niet (volledig) risicodragend is en dus de prikkel tot controle ontbreekt.

Bij populatiebekostiging zal de volumeprikkel lager liggen dan bij volledige prestatiebekostiging. Daarmee ligt ook de prikkel tot frauduleus handelen lager. Wel ligt hier een risico op onderbehandeling voor de hand. Immers ongeacht de hoeveelheid zorg ontvangen zorgaanbieders een bedrag per verzekerde. Zolang de verzekeraar geen risico loopt over de uitgaven, heeft hij geen prikkel om declaraties te controleren wat een risico op onterechte vergoedingen inhoudt.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de minister) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om advies uit te brengen over de overheveling van de extramurale verpleging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) (zie bijlage 1). Specifiek heeft de minister ons gevraagd om een uitvoeringstoets voor de toekomstige bekostiging van extramurale verpleging in de Zvw.

Vanaf 2015 zal de extramurale verpleging niet meer vanuit de AWBZ, maar vanuit de Zvw bekostigd worden, zo stelt het Regeerakkoord. De huidige indicatiestelling vervalt en de patiënt krijgt meer zorg op maat en in de buurt waardoor de patiënt langer thuis kan blijven wonen. Tevens geeft het Regeerakkoord aan dat voor de jaren 2015 en 2016 een hoofdlijnenakkoord wordt gesloten met zorgverzekeraars, waarin het budgetplafond voor de uitvoering van de functies verpleging en het tempo van opbouw van de risicodragendheid van zorgverzekeraars wordt vastgelegd. Vanaf 2017 zullen zorgverzekeraars risicodragend zijn.

In de brief van de staatssecretaris van 6 november 2013 aan de Tweede Kamer is duidelijk geworden dat, naast de extramurale verpleging, 95% van het budget van de totale persoonlijke verzorging ook overgeheveld wordt naar de Zvw.

In dit advies beantwoorden wij de vraag van de minister van VWS over de toekomstige bekostiging van extramurale verpleging en persoonlijke verzorging in de Zvw. Dit advies geeft op hoofdlijnen weer hoe de wijkverpleging binnen de Zvw bekostigd kan worden. Aan deze conclusies kunnen geen rechten worden ontleend.

1.2 Opdracht

Vanaf 2015 zal sprake zijn van een nieuwe aanspraak ‘wijkverpleging’ en wordt omschreven als *“zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg”.* Naast de huidige extramurale verpleging uit de AWBZ zal persoonlijke verzorging in de AWBZ een plaats krijgen binnen de Zvw. Daarnaast zal wijkverpleegkundige zorg deel uitmaken van de Zvw. Dit alles dient een plaats te krijgen binnen de bekostiging van de Zvw.

De minister heeft enkele beleidsmatige uitgangspunten opgesteld voor de bekostiging van de wijkverpleging en deze worden hier kort benoemd:[2]

- De bekostiging van wijkverpleging dient te voorzien in een populatiegebonden deel. Hieronder wordt verstaan dat (een deel van) de bekostiging plaatsvindt op basis van populatiekenmerken die voldoende bepalend zijn voor de zorgvraag.
- Binnen de bekostiging dient ruimte te zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten.

[2] Voor de volledige aanvraag van de minister zie bijlage 1: Brief aanvraag uitvoeringstoets bekostiging wijkverpleging.

- De bekostiging dient tevens een verschuiving te bevorderen van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg en van specialistische zorg naar minder complexe zorg.
- Met de nieuwe bekostiging wordt beoogd de volumeprikkel, die in de huidige bekostiging van extramurale verpleging is verweven door iedere handeling te koppelen aan een tarief, weg te nemen.
- De samenwerking tussen de eerstelijns zorgaanbieders en aanbieders in het sociale domein zou bij voorkeur een plek moeten krijgen in de bekostiging door het bijvoorbeeld als voorwaarde aan een tarief of prestatie te koppelen.

De minister heeft ons gevraagd om twee modellen voor bekostiging uit te werken. Het gaat om de volgende twee modellen:

Bekostigingsmodel op basis van integrale prestaties
In dit model zal wijkverpleging bekostigd worden op basis van patiëntvolgende, integrale prestaties. De wijze van bekostigen wordt afgeleid van de bekostigingssystematiek die vanaf 2014 zal gelden voor de 'basis GGZ'. Het betreft een vorm van bekostiging op basis van een beperkt aantal integrale zorgpakketten. Deze te definiëren zorgpakketten binnen de aanspraak wijkverpleging omvatten het geheel aan werkzaamheden dat een verpleegkundige in de thuissituatie uit kan voeren. Ook persoonlijke verzorging (PV) is daarmee onderdeel van de zorgpakketten in de Zvw.

Bekostigingsmodel op basis van populatiebekostiging
In dit bekostigingsmodel wordt ex ante op basis van populatiekenmerken bepaald welk bedrag voor een bepaalde populatie wordt besteed aan de wijkverpleging. Dit in tegenstelling tot het model op basis van prestaties, waarbij de bekostiging gekoppeld is aan de feitelijke levering van zorg. Ook bij dit model moet gelden dat ruimte is voor het belonen van uitkomsten.

Terugvaloptie
Indien de invulling van de vorm van bekostiging meer tijd vergt dan beschikbaar is om te komen tot overheveling naar de Zvw in januari 2015, is gevraagd op welke wijze een terugvaloptie mogelijk is waarbij de nieuwe aanspraak 'wijkverpleging' in de Zvw wordt bekostigd op basis van de huidige prestaties in de AWBZ. Belanghebbende partijen worden in een later stadium – indien een transitiefase noodzakelijk blijkt – actief betrokken bij verdere uitwerking van het model voor de terugvaloptie. Dit is een gebruikelijke werkwijze.

Randvoorwaarden
De minister heeft enkele randvoorwaarden gesteld waarmee wij bij het opstellen van het advies rekening moet houden:
- De overheveling verloopt budgettair neutraal (vanaf 2017 volgt een korting van € 30 miljoen).
- De overheveling vindt plaats per 1 januari 2015.
- Er gelden adequate prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg.
- Er zijn adequate waarborgen voor de toegankelijkheid van zorg.
- Er is voldoende keuzevrijheid voor de verzekerde.
- Macro budgettaire beheersbaarheid is gewaarborgd.
- Abrupte veranderingen in opbrengsten voor aanbieders als gevolg van wijziging van het bekostigingsstelsel (systeemrisico's) worden voorkomen.
- Er is adequate aansluiting op de bekostiging van de zorg in andere domeinen of onderdelen van de zorg zodat mogelijke afwenteling van kosten wordt voorkomen en samenwerking tussen de verschillende aanbieders wordt gestimuleerd.

Daarnaast verzoekt de minister om de voor- en nadelen van de geschetste modellen in de Zvw te benoemen. Hierbij is het van belang om te weten wat de effecten van de modellen zijn op onder andere de volgende onderdelen:

- positie van de verzekerde/patiënt;
- mogelijkheid van sturing door zorgverzekeraars;
- transparantie van kwaliteit;
- afbouw van zorg;
- administratieve lasten;
- welke effecten hebben de modellen op de diverse aanbieders in een wijk; ziet het speelveld van zorgaanbieders er straks als gevolg van een nieuwe bekostiging anders uit?;
- de onafhankelijkheid (van de eigen organisatie) van de wijkverpleegkundige.

Consultatie partijen
Daarnaast heeft de minister ons verzocht om bij het opstellen van dit advies verschillende partijen te consulteren. Op 9 september 2013 hebben wij het consultatiedocument uitgebracht en op 17 september 2013 is een consultatiebijeenkomst gehouden bij de NZa. Partijen kregen tot 20 september de tijd om schriftelijk te reageren op het consultatiedocument. Naar aanleiding hiervan is een aanvullende werkbijeenkomst georganiseerd, aangezien veel partijen spraken van een hybride model. Dit model kan beschouwd worden als een combinatie van de twee bekostigingsmodellen die ter consultatie voor lagen. De werkbijeenkomst had tot doel om met partijen meer helderheid te krijgen over de technische uitwerking van dit model. Naast de uitwerking van de twee bovengenoemde bekostigingsmodellen zal in dit advies dan ook tevens aandacht besteed worden aan dit hybride model. De reacties op ons consultatiedocument van september 2013 en de input uit de werkbijeenkomst zijn gebruikt bij het schrijven van dit advies.

Verbreding aanspraak persoonlijke verzorging
Ten tijde van het verzoek tot dit advies omvatte de aanspraak wijkverpleging in de Zvw verpleging en de daarmee onlosmakelijk verbonden persoonlijke verzorging. Op 6 november heeft de staatssecretaris een brief aan de Tweede Kamer gestuurd waarin duidelijk wordt dat 95% van het budget van de totale persoonlijke verzorging naar de Zvw[3]. Er is op het moment van het schrijven van dit advies echter nog geen nieuwe aanspraak geformuleerd door het CVZ. De NZa gaat in dit advies dan ook nog uit van de door het CVZ geformuleerde (concept)aanspraak op wijkverpleging van 11 november 2013 (zie bijlage 3). Wanneer we in het advies spreken over de aanspraak wijkverpleging moet die gelezen worden als de verbrede aanspraak met persoonlijke verzorging zoals aangegeven in de brief van 6 november. Wanneer in dit advies gesproken wordt van persoonlijke verzorging gaat het om de in de brief genoemde 95% van het budget van de totale persoonlijke verzorging. De NZa geeft per bekostigingsmodel aan wat de gevolgen zijn van de verbreding van de aanspraak.

[3] Brief Staatssecretaris ministerie VWS. 'Nadere uitwerking brief Hervormingen Langdurige Zorg'. 6 november 2013.

1.3 Leeswijzer

In het advies presenteren wij de gevraagde modellen voor de toekomstige bekostiging van wijkverpleging in de Zvw.

Hoofdstuk 2 beschrijft de huidige situatie van de extramurale verpleging en persoonlijke verzorging binnen de AWBZ en Zvw en de ontwikkelingen daarin. Hoofdstuk 3 gaat in op de toekomstige situatie met de nieuwe aanspraak wijkverpleging, de indicatiestelling in de Zvw vanaf 1 januari 2015, de financiële omvang en MSVT als onderdeel van de aanspraak wijkverpleging.

Hoofdstuk 4 en 5 gaan in op de modellen voor de bekostiging van de wijkverpleging in de Zvw. Deze modellen worden getoetst aan bovenstaande uitgangspunten en randvoorwaarden.

Hoofdstuk 6 geeft weer wat de uitkomsten zijn van de consultatiefase en beschrijft een hybride model.

Hoofdstuk 7 gaat in op een model voor de terugvaloptie wanneer de invulling van de nieuwe bekostiging meer tijd vergt dan beschikbaar is.

Tot slot zijn in hoofdstuk 8 aandachtspunten beschreven voor de systeemwijzigingen bij de beschreven bekostigingsmodellen.

2. Huidige situatie

Dit hoofdstuk beschrijft hoe op dit moment de verschillende vormen van zorg georganiseerd en bekostigd zijn, die vanaf 2015 overgeheveld worden naar de Zorgverzekeringswet.

2.1 Overzicht en begrippen

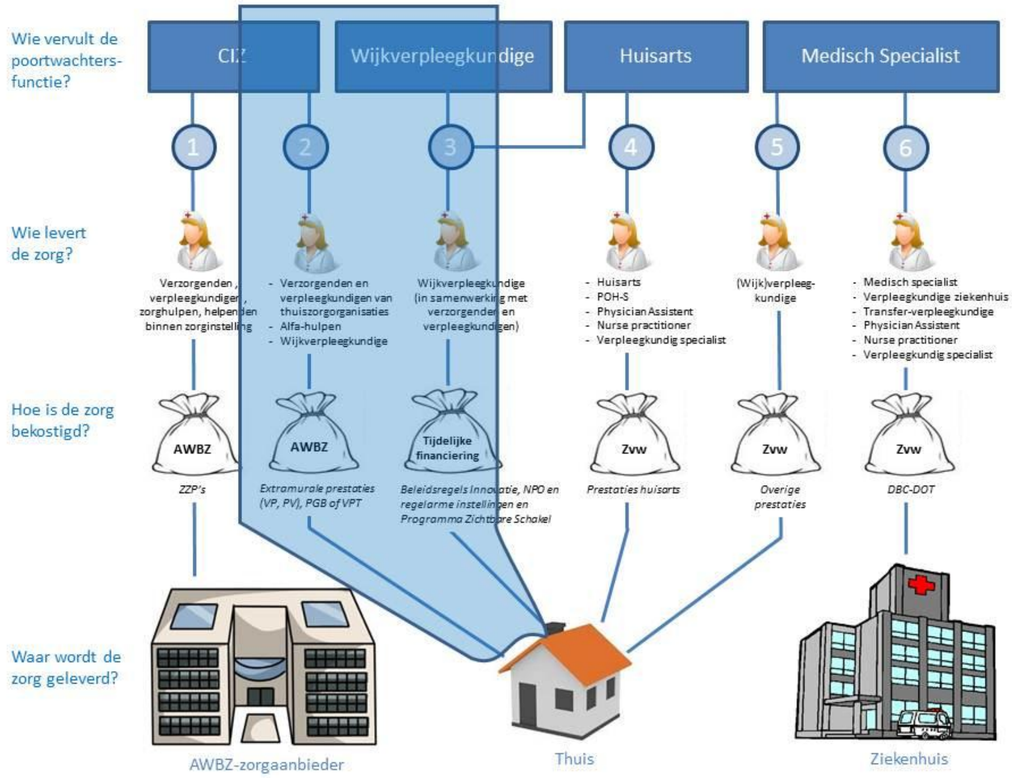
In het vervolg van dit hoofdstuk en het advies gebruiken we voor de duiding van verschillende vormen van zorg een vaste terminologie. Deze terminologie wordt hieronder nader toegelicht.

- Wijkverpleging: Hieronder wordt, zoals genoemd wordt in de brief van 6 november van de staatssecretaris, verpleging en persoonlijk verzorging als ook niet toewijsbare zorg in de eigen omgeving verstaan.
- Niet toewijsbare zorg: Dit zijn coördinerende, regisserende en signalerende activiteiten van een (wijk)verpleegkundige voor zover deze niet te koppelen zijn aan één specifieke patiënt. Te denken valt aan activiteiten die gericht zijn op het signaleren van een hulpbehoefte bij patiënten/cliënten die nog niet in zorg zijn, die geen zorgvraag hebben geuit en die ook niet in alle gevallen in zorg worden genomen. Het betreft een kortdurend contact op initiatief van de (wijk)verpleegkundige vanuit haar of zijn preventieve rol, waarbij doorverwijzing naar reguliere zorg-, of hulpverlening kan volgen.
- Module: Een module is een onderdeel van een samengestelde prestatie, waarbij zorgaanbieder en zorgverzekeraar afspraken maken over de inhoudelijke levering van de module.

De manier waarop verpleegkundige zorg momenteel wordt bekostigd is weergegeven in figuur 1. Hierin is tevens aangegeven wat de reikwijdte is van de overheveling naar de Zvw (blauw vlak): het betreft de extramurale verpleging en persoonlijke verzorging die op dit moment uit de AWBZ en op basis van tijdelijke financieringsvormen (situaties 2 en 3) wordt bekostigd.

Deze vormen van verpleging in de thuissituatie hebben raakvlakken met extramurale verpleging die reeds onder de Zvw vallen (situaties 4 en 5). Al deze vormen van verpleging komen na de overheveling naar de Zvw onder één aanspraak te vallen. Op de inhoud van de aanspraak wordt nader ingegaan in hoofdstuk 3.

Figuur 3. Overzicht extramurale verpleging



Leeswijzer
Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Paragrafen 2.2 en 2.3 beschrijven respectievelijk voor de AWBZ en de Zvw om welke verpleegkundige zorg het gaat. Ook komt de werking van de huidige bekostiging binnen de AWBZ en Zvw aan bod.

2.2 Extramurale verpleging in de AWBZ

Deze paragraaf beschrijft de verschillende zorgprestaties binnen de AWBZ die in de toekomst kunnen worden aangemerkt als wijkverpleging. Ten tweede wordt ingegaan op de bekostigingsmethodiek van de AWBZ.

2.2.1 Prestaties in de AWBZ

In de AWBZ bestaan verschillende vormen van extramurale verpleging en persoonlijke verzorging die zijn neergelegd in prestaties. Hieronder worden deze beschreven.

De aanspraak op AWBZ zorg
Voor aanspraak op verpleging en persoonlijke verzorging op basis van de AWBZ is een indicatie nodig van het CIZ.[4] De indicatie geeft de zorgbehoefte van de cliënt weer in een AWBZ-aanspraak. De extramurale aanspraak wordt gedefinieerd in functies en klassen. De functie geeft de vorm van zorg aan (zoals in tabel 1 en 2 hieronder aangegeven). De klasse en bandbreedte bepaalt de benodigde tijd per week (zie ook bijlage 2).

Extramurale verpleging en persoonlijke verzorging worden grotendeels geleverd binnen vooraf afgesproken tijden. Naast de planbare zorg is in veel

[4] Met uitzondering van de prestatie AIV, deze kan geleverd worden zonder een CIZ-indicatie maar met verwijzing van de huisarts.

gevallen behoefte aan oproepbare zorg voor cliënten die buiten de vaste tijden hulp moeten inroepen. De beschikbaarheid van verpleging en persoonlijke verzorging wordt op dit moment bekostigd middels de prestaties 'VP-extra' en 'PV-extra'. Deze prestaties kunnen per uur gedeclareerd worden voor geleverde ongeplande zorg. In het tarief van de prestaties is een module/opslag opgenomen voor beschikbaarheid. Bij het vormgeven van het nieuwe bekostigingsmodel zal rekening gehouden moeten worden met de functie beschikbaarheid. Op welke wijze beschikbaarheid in het bekostigingsmodel terugkomt zal in een latere fase nog verder worden uitgewerkt.

Tabel 1. Omschrijving van de functie VP (prestaties)

Prestatie VP	Beschrijving
Verpleging (basis)	Verheldering van de gezondheidsproblematiek van de cliënt in verpleegkundige termen en hierop aansluitend de nodige verpleegkundige interventies uitvoeren. VP-basis bevat tevens enige begeleiding en kan enige PV bevatten, voor zover die direct samenhangt met het verpleegkundig werk bij de cliënt.
Verpleging extra	VP-extra voorziet in een vergoeding van de beschikbaarheid, zodat uitvoerende beroepskrachten oproepbaar zijn.
Gespecialiseerde verpleging	Naast de basisverpleging ook het verrichten van gespecialiseerde verpleegkundige handelingen.
Verpleging AIV	Advies, instructie en voorlichting (AIV) is een vorm van kortdurende zorg, en wordt gekenmerkt door enkele consulten per cliënt per jaar. Het betreft consultatiewerk van (gespecialiseerde) verpleegkundigen; niet direct gekoppeld aan andere verzorgende of verpleegkundige handelingen.
Verpleging zorg op afstand aanvullend	Naast de bekostiging van de directe zorgcontacttijd kunnen zorgaanbieders die (een deel van) deze contacttijd als Zorg op afstand hebben afgesproken, een vergoeding declareren.

Tabel 2. Omschrijving van de functie PV (prestaties)

Prestatie PV	Beschrijving
Persoonlijke verzorging (PV) (basis)	PV-basis omvat hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen en hulp bij beperkingen op het vlak van zelfverzorging. Bevat ook advies, instructie en voorlichting aan de cliënt die in directe relatie staan met de persoonlijke verzorging.
PV- extra	PV-extra voorziet in een vergoeding van beschikbaarheid, zodat uitvoerende beroepskrachten oproepbaar zijn.
PV- speciaal	Naast de basis persoonlijke verzorging ook het verrichten van gespecialiseerde activiteiten die vaak verweven zijn met verpleegkundige handelingen.
PV-zorg op afstand aanvullend	Zie verpleging zorg op afstand aanvullend.
PV- farmaceutische telezorg	Naast de bekostiging van de zorgcontacttijd kunnen zorgaanbieders voor de farmaceutische telezorg een vergoeding declareren.

Wijkverpleegkundige
Bovenstaande prestaties voor extramurale verpleging en persoonlijke verzorging worden geleverd doorverpleegkundigen en verzorgenden[5], vaak werkzaam bij een thuiszorgorganisatie, zorggroep of als ZZP'er. Naast het leveren van de geïndiceerde AWBZ-zorg kunnen coördinerende, regisserende en signalerende taken worden toegevoegd aan het takenpakket van een verpleegkundige. Deze aanvullende taken zijn op dit moment in de AWBZ niet nadrukkelijk in een prestatie vervat. Om nadere invulling te geven aan deze taken zijn in de afgelopen jaren verschillende projecten van start gegaan, zoals 'Zichtbare schakel' projecten.

De 'Zichtbare schakel' projecten zijn op lokaal niveau uitgewerkt, waardoor deze per situatie kan verschillen. Per project zijn interventies

[5] In het advies wordt verder gesproken over de (wijk)verpleegkundigen. Persoonlijke verzorging kan echter ook geleverd worden door verzorgenden.

en taken van de (wijk)verpleegkundige gedefinieerd die erop gericht zijn om de positie van cliënten te versterken. Hieronder kunnen o.a. de volgenden taken/functies worden verstaan[6]:

- Coördineren: matchen van zorgvraag met aanbod van voorzieningen, samenwerking met de huisarts intensiveren, afstemming met overige zorgverleners, sector-overstijgend overleg voeren.
- Regisseren: ontwikkelen nieuwe werkwijzen/processen.
- Signaleren: huisbezoeken afleggen, vroegtijdige screening op risico's, bezoeken van buurthuizen, loket in de wijk, voorlichtingsbijeenkomsten in de wijk, vertrouwen winnen van zorgmijders zodat later zorg ingezet kan worden.

2.2.2 Wijze van bekostiging in de AWBZ

De AWBZ kent een specifieke bekostigingswijze. Deze wordt hieronder geschetst. Voor de inkoop van AWBZ-zorg wordt jaarlijks door VWS een landelijke contracteerruimte vastgesteld. De contracteerruimte wordt gebaseerd op die van het jaar ervoor, aangevuld met een 'groeiruimte' en kortingen of toevoegingen in verband met specifieke beleidswijzigingen. Op aanwijzing van VWS verdeelt de NZa deze contracteerruimte over 32 zorgkantoorregio's.

De zorgkantoren hebben zo jaarlijks een financieel kader waarmee de benodigde zorg voor de regio kan worden ingekocht. Dit gebeurt door zorgaanbieders te contracteren en een te verwachten omzet af te spreken. De omzet wordt gedefinieerd in productieafspraken: vormen van te leveren zorg tegen een bepaald tarief. Over deze productieafspraken worden jaarlijks onderhandelingen gevoerd tussen zorgkantoren en zorgaanbieders. De uitkomsten van deze onderhandelingen worden vervolgens door de NZa vastgesteld. De tarieven per prestatie kunnen niet hoger zijn dan de door de NZa aangegeven maximale beleidsregelwaarden.[7] Tevens toetst de NZa het totaal van de voor een jaar gemaakte productieafspraken aan de beschikbare contracteerruimte. Het Budgettair Kader Zorg (BKZ, contracteerruimte plus overige beschikbare middelen) mag niet overschreden worden.

De zorg wordt vervolgens door de zorgaanbieder gedeclareerd bij het zorgkantoor in uren per functie (per prestatie) op cliëntniveau. Indien een zorgaanbieder uiteindelijk meer zorg heeft geleverd dan afgesproken, komt deze 'overproductie' niet voor vergoeding in aanmerking. Op deze wijze wordt voorkomen dat de beschikbare contracteerruimte alsnog wordt overschreden.

Overige vormen van bekostiging
De wijkverpleegkundige zorg wordt, naast de zorg die wordt geleverd via de reguliere extramurale AWBZ-prestaties, via tijdelijke financieringsvormen bekostigd.

[6] ZonMw, 2012. Programma Zichtbare schakel, Projectenoverzicht.
[7] Opgenomen in de Beleidsregel 'Tarieven en prestatiebeschrijvingen extramurale AWBZ-zorg'.

− NZa-beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties'
Deze beleidsregel maakt het voor zorgaanbieders en zorgkantoren mogelijk om afspraken te maken over nieuwe zorgprestaties binnen de AWBZ. Deze beleidsregel is alleen van toepassing als het experiment niet onder het NPO (zie volgende alinea) valt maar wel binnen de reikwijdte van de Wmg en tot het AWBZ domein behoort.

− NZa-beleidsregel 'Nationaal Programma Ouderenzorg' (NPO)
Deze beleidsregel is bedoeld voor kortdurende, kleinschalige experimenten die starten vanuit de AWBZ-zorg en gericht zijn op ouderen met een complexe zorgvraag. Een AWBZ-zorgaanbieder kan samen met een zorgkantoor aanspraak maken op de beleidsregel als de geleverde zorg onderdeel is van een van de projecten van het NPO. ZonMw coördineert het programma in opdracht van het ministerie van VWS.

− NZa-beleidsregel 'Ketenzorg dementie'
De Beleidsregel Ketenzorg dementie is bedoeld voor experimenten met AWBZ-zorg die is gericht op dementerende cliënten. De experimenten moeten de Leidraad Ketenzorg Dementie volgen.

− Programma 'Zichtbare schakel'
Een deel van de huidige inzet van de wijkverpleegkundige bij niet-geïndiceerde zorg, de schakeltaken, werd via het programma Zichtbare schakel gefinancierd. Voor de jaren 2013 en 2014 zijn de structurele gelden (€ 10 miljoen per jaar) via een decentralisatie-uitkering voor de lopende 'Zichtbare schakelprojecten' beschikbaar gesteld aan de gemeenten.[8] Nieuwe instroom van projecten in het programma 'Zichtbare schakel' is niet meer mogelijk.

2.3 Verpleging in de thuissituatie in de Zvw

Deze paragraaf beschrijft de verschillende vormen en prestaties voor verpleegkundige zorg in de Zvw. Ten tweede wordt ingegaan op de bekostiging van zorg binnen de Zvw.

2.3.1 Prestaties in de Zvw

In de huidige Zvw bestaat extramurale verpleging als onderdeel van huisartsenzorg en als verpleegkundige zorg thuis via de medisch specialist (MSVT).

Verpleging als onderdeel van huisartsgeneeskundige zorg
Indien de huisarts zelf verpleegkundige zorg indiceert die onder zijn eigen verantwoordelijkheid geleverd kan worden en de huisarts deze zorg ook zelf declareert, valt deze zorg onder de Zvw.

De verpleegkundige zorg wordt geleverd door de huisarts of door personeel onder verantwoordelijkheid van de huisarts, zoals een POH-S (praktijkondersteuning huisartsen somatiek), een verpleegkundig specialist (VS), nurse practitioner of een physician assistant.

Medisch-specialistische verpleging thuis (MSVT)
In 2006 is in de Zvw opgenomen dat verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg, ook thuis geleverd mag worden. Als gevolg hiervan konden verpleging bekostigd vanuit de AWBZ en verpleging bekostigd vanuit de Zvw naast elkaar bestaan. Immers, de verpleging die werd geleverd op basis van een CIZ-indicatie kon tevens noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg thuis. De

[8] VWS brief met kenmerk DLZ/KZ/U-3115131.

CIZ-indicatieregels zijn pas later aangepast, zodat het niet langer mogelijk was om een CIZ-indicatie te krijgen voor MSVT. In 2009 heeft de NZa vervolgens ambtshalve de MSVT-prestatie vastgesteld. Het tarief voor de MSVT is afgeleid van de AWBZ prestatie H106 'gespecialiseerde verpleging'.

MSVT betreft verpleging die in de basis door alle aanbieders van verpleegkundige zorg, zoals verpleegkundigen die bieden, kan worden geleverd. De medisch specialist is eindverantwoordelijk voor de door hem/haar ingezette zorgverlening en bepaalt of de betreffende patiënt in aanmerking komt voor de betreffende behandeling in de thuissituatie. De MSVT wordt hoofdzakelijk geleverd door zorgaanbieders die ook de AWBZ verpleging leveren.[9]

Casemanagement
Casemanagement is een systematische werkwijze die toegepast wordt bij patiënten waar de zorgvraag hier aanleiding toe geeft. Daarbij overstijgt de inhoudelijke en organisatorische complexiteit de reguliere zorgverlening en is de regelcapaciteit van de patiënt en zijn systeem, gezien de situatie, te laag. Casemanagement coördineert de zorg vanuit de behoefte van de patiënt. Casemanagement is onder voorwaarden onderdeel van de te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw en tevens onderdeel van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Daarmee moet casemanagement onderdeel worden van de reguliere bekostiging van wijkverpleging.
In de praktijk lopen zorgaanbieders tegen het probleem aan dat de zorg zowel onderdeel is van verpleegkundige zorg (AWBZ) als onderdeel is van de Zvw-duiding door het CVZ. Deze spagaat komt tot uiting in een aantal innovatietrajecten met betrekking tot specifieke vormen van casemanagement (voor specifieke patiëntengroepen) die zowel in de AWBZ als de Zvw plaatsvinden. De overheveling van extramurale verpleegkundige zorg (en persoonlijke verzorging) naar de Zvw maakt een einde aan deze onduidelijkheid.

2.3.2 Wijze van bekostiging in de Zvw

In de Zvw bestaan veel verschillende zorgvormen. Dit betekent dat er ook vele verschillende manieren zijn waarop zorg wordt gefinancierd en bekostigd. Omdat wijkverpleging eerstelijnszorg betreft, besteden we met name aandacht aan de wijze waarop zorg in de thuissituatie wordt bekostigd. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) geeft namelijk in het document 'Extramurale verpleging en (deels) persoonlijke verzorging in de Zvw'[10] aan dat 'huisarts en verpleegkundige een complementair team vormen, de as binnen de geïntegreerde eerstelijnszorg'.

Bekostiging eerstelijnszorg
De eerstelijnszorg kent diverse bekostigingsvormen. De huisartsgeneeskundige zorg wordt bekostigd via een inschrijftarief per ingeschrevene per kwartaal. Daarnaast zijn verrichtingen, consulten, modules en ANW-tarieven (avond, nacht en weekend) vastgesteld die per handeling of uur mogen worden gedeclareerd. Deze tarieven zijn gemaximeerd, met als uitzondering de modules, want deze hebben een vrij tarief. Verloskundige zorg wordt bekostigd door abonnementsprestaties met maximum tarieven, inschrijftarieven en verrichting met maximum tarieven en mogelijkheden voor toeslagen.

---

[9] De omzet aan MSVT geleverd door deze instellingen wordt door de zorgverzekeraars voor de jaren 2012 en 2013 respectievelijk ingeschat op bijna € 56 mln en € 53 mln.
[10] Zie bijlage 3. In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de omschrijving van de aanspraak wijkverpleging.

De eerstelijnszorg kent tevens een aantal vormen van ketenzorg. Multidisciplinaire zorgverlening kan bij een aantal chronische aandoeningen (DM type II, VRM, COPD) met een aparte prestatie bekostigd worden. Daarvoor moet aan bepaalde voorwaarden zijn voldaan. Zo moet onder andere een zorgstandaard met bepaalde criteria zijn vastgesteld. Voor het declareren van ketenzorg is een van de methoden, veelal gebruikt door zorggroepen, de integrale bekostiging (de zogenaamde keten-dbc) met een bijbehorend ketentarief. Een andere vorm voor bekostiging van samenwerking en coördinatie is het zogenoemde 'koptarief': de Geïntegreerde EerstelijnsZorg (GEZ) module. Deze vorm wordt gekenmerkt door de declaratie van afzonderlijke prestaties van de afzonderlijke aanbieders. Er geldt een vrij tarief voor beide bekostigingsvormen.[11]

Verpleegkundige zorg die wordt geleverd onder verantwoordelijkheid van een huisarts kan anno 2013 worden bekostigd op verschillende wijzen. Op basis van reguliere huisartsenbekostiging of via integrale bekostiging van ketenzorg voor specifieke groepen van chronisch zieken.

Medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) is rechtstreeks declarabel bij zorgverzekeraars. Voor zover de verpleging niet reeds onderdeel is van een DBC/DOT-product, vindt de declaratie plaats op basis van patiëntgebonden tijd (in eenheden van 5 minuten). Er zijn twee uitzonderingssituaties:

- Verpleging thuis die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg. Bij samenloop valt dan alle verpleging onder de AWBZ. Deze uitzondering is niet gemaakt voor samenloop bij verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing.
- Verpleging thuis die kan worden aangemerkt als 'Intensieve kindzorg' komt altijd ten laste van AWBZ.

De zorgverleners in de Zvw declareren de prestaties op patiëntniveau, behorend bij de geleverde zorg, aan zorgverzekeraars of verzekerden.

Binnen de eerstelijnszorg zijn voor een aantal zorgvormen vrije prestaties geïntroduceerd. De zorgverzekeraar en zorgaanbieder kunnen gezamenlijk een verzoek indienen bij de NZa voor een prestatie die door hen is opgesteld. Vrije prestaties kennen vrije tarieven.

De NZa-beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' maakt het tevens (binnen de Zvw) mogelijk voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over nieuwe zorgprestaties.

2.4 Financiële omvang aanspraak wijkverpleging

In 2012 bedroegen de uitgaven in de AWBZ voor extramurale verpleging € 531 miljoen. Voor MSVT bedroegen de uitgaven € 56 miljoen. Aan de functie persoonlijke verzorging werd in totaal € 2,2 miljard besteed. De functie PV speciaal bedraagt ongeveer € 250 miljoen per jaar, ongeveer 11% van de huidige totale uitgaven aan persoonlijke verzorging.
De totale aanspraak wijkverpleging in de Zvw (inclusief MSVT) bedraagt ongeveer € 2,7 miljard op prijs- en volumeniveau 2012.

---

[11] Met de invoering van integrale bekostiging ketenzorg is er naast de inkoopmarkt tussen verzekeraar en de zorgaanbieder die de hoofdcontractant is, ook de inkoopmarkt tussen hoofdcontractant en zorgaanbieders, die onderaannemers zijn, ontstaan. De verzekeraar koopt de totale zorg in bij de hoofdcontractant. De hoofdaannemer is verantwoordelijk voor de inkoop van de onderaannemers en daarmee verantwoordelijk voor het voldoen aan de eisen die de verzekeraar voor de totale zorg stelt.

In figuur 4 worden de verhoudingen tussen de verschillende uitgavenposten weergegeven.

Figuur 4. Gesegmenteerde uitgaven wijkverpleging 2012[12]



2.5 Overige vraagstukken Hervorming Langdurige Zorg

De nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) en de daarmee noodzakelijke overhevelingen vanuit de bestaande AWBZ van verpleging en persoonlijke verzorging zijn in de brief van de staatssecretaris van 6 november verder uitgewerkt[13]. In deze brief wordt ingegaan op een aantal prestaties in de huidige extramurale AWBZ-zorg en enkele groepen met specifieke, samenhangende zorgvragen[14]. De in de brief genoemde onderwerpen worden in deze paragraaf kort weergegeven. Het uitgangspunt is de zorg en ondersteuning zoveel mogelijk in de eigen omgeving te leveren. De geleverde zorg moet gedeclareerd kunnen worden. Daarvoor is het essentieel dat het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (Bub Wmg) wordt aangepast, zodat de geleverde zorg kan worden gedeclareerd in de Zvw.

2.5.1 Extramurale AWBZ-prestaties

Binnen de huidige prestaties extramurale AWBZ-zorg zijn een aantal prestaties nauw verbonden met de wijkverpleging.

[12] Gebaseerd op NZa gegevens, herschikkingsronde 2012. 95% van de uitgaven aan persoonlijke verzorging zijn overgenomen in het overzicht.
[13] Brief Staatssecretaris ministerie VWS. 'Nadere uitwerking brief Hervormingen Langdurige Zorg'. 6 november 2013.
[14] Voor de volledige uitwerking van de toenmalige openstaande vraagstukken zie: *Consultatiedocument overheveling extramurale verpleging naar de Zorgverzekeringswet* (NZa)

Begeleiding
De functie extramurale begeleiding wordt, met het eventueel noodzakelijke bijbehorende vervoer, gedecentraliseerd naar de Wmo en de Jeugdwet. Verzorging, in het verlengde van begeleiding in plaats van in het verlengde van verpleging, als ondersteuning bij de ADL valt hieronder. In de beleidsregel extramurale AWBZ-zorg zijn echter de prestaties *Nachtverzorging* en *Nachtverpleging* opgenomen die anno 2013 worden geschaard onder de functie begeleiding in samenhang met verpleging. CVZ is in zijn reactie op het Consultatiedocument hierop kort ingegaan. Duidelijkheid over nachtverzorging en nachtverpleging in de aanspraak wijkverpleging is noodzakelijk voor vormgeving van de bekostiging.

Behandeling
Extramurale AWBZ behandeling voor volwassenen en kinderen met een zintuigelijke beperking worden, conform het advies van CVZ, ondergebracht in de Zvw. De staatssecretaris is voornemens om ook overige extramurale behandeling onder te brengen in de Zvw. Het is nog niet voor alle activiteiten van de extramurale behandeling duidelijk of en hoe deze in de Zvw ondergebracht kunnen worden. Het CVZ zal een pakketadvies uitbrengen of en waar deze resterende delen van de functie extramurale behandeling een plek in het zorgstelsel moeten krijgen.

De extramurale behandeling in verband met een verstandelijke beperking voor kinderen tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet; daarmee valt deze zorg niet meer binnen de reikwijdte van de Wmg. Het is dan ook cruciaal dat er expliciet onderscheid te maken is tussen behandeling onder de Jeugdwet en behandeling onder de Zvw.

2.5.2 Zorg aan cliënten met een specifieke, samenhangende zorgvraag

In de brief van 6 november wordt duidelijk onder welke wet bepaalde groepen met een specifieke, samenhangende zorgvraag zullen gaan vallen. Deze groepen worden gekenmerkt door mensen die ernstig ziek zijn of een ernstige lichamelijke beperking hebben.

- Intensieve kindzorg_wordt in de Zvw gepositioneerd. Het betreft medisch specialistische verpleegkundige zorg thuis, na behandeling in het ziekenhuis, aan ernstig zieke kinderen tot 18 jaar. De eindverantwoordelijkheid voor deze verpleegkundige zorg blijft bij de medisch specialist. De uitvoering van de verpleegkundige zorg ligt bij een (kinder)verpleegkundige. Ouders en anderen in de omgeving van deze kinderen kunnen, na instructie, een deel leveren van de (on)planbare verpleging. Binnen de AWBZ wordt daarvoor het persoonsgebonden budget (pgb) gebruikt. De mogelijkheden hiervoor binnen de Zvw wordt nog verkend. De staatssecretaris is hierover in gesprek met zorgverzekeraars.
- Palliatief terminale thuiszorg, die extramuraal geleverd wordt, valt tevens onder de nieuwe aanspraak wijkverpleging.
- Bewoners in ADL – clusterwoningen hebben naast de prestatie ADL-assistentie doorgaans ook aanvullende extramurale AWBZ-zorg buiten de ADL-woning en huishoudelijke verzorging vanuit de Wmo. Ongeveer 60% van de bewoners hebben op basis van hun beperkingen en de totale zorgvraag toegang tot de Wlz. Deze zorg kan als integraal pakket worden geleverd of onder voorwaarden als pgb worden ingekocht door de cliënt zelf. Nieuwe cliënten die niet voldoen aan de criteria van de Wlz, kunnen een beroep doen op de Wmo voor ondersteuning en, waar nodig, op de Zvw bijvoorbeeld indien sprake is van wijkverpleging.

2.5.3 Bub Wmg

Uit artikel 5 van het Besluit Uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (Bub Wmg) volgt dat de NZa geen separate prestaties vaststelt voor zorg verleend onder eigen verantwoordelijkheid door (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg, tenzij deze onder de AWBZ vallen. Wijkverpleging zoals deze in de aanspraak beoogd wordt in de Zvw is op dit moment geen declarabele eenheid. Met de overheveling is het noodzakelijk dat dit wel een separate declarabele eenheid wordt, in welke vorm dan ook. Dit Bub Wmg artikel zal dan ook aangepast moeten worden voor het vaststellen van prestaties wijkverpleging in de Zvw door de NZa.

3. Toekomstige situatie

Dit hoofdstuk beschrijft hoe de aanspraak wijkverpleging er vanaf 2015 uit gaat zien. Ook worden de mogelijkheden voor macro budgettaire beheersbaarheid en de zorginkoop geschetst en wordt stil gestaan bij het tijdpad richting 1 januari 2015.

3.1 Wijkverpleging en de context van de Zorgverzekeringswet

De inhoud van het verzekerde pakket in de Zvw ('het basispakket') wordt bepaald door de minister. Via de beoordeling van zorg aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' beoordeelt het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) of zorg effectief is, want alleen dan kan de zorg onderdeel uitmaken van de te verzekeren prestaties in de Zvw. Zorgverzekeraars mogen vervolgens zelf bepalen wie de zorg levert, met inachtneming van wettelijke regelingen zoals de Wet Beroepen individuele gezondheidszorg (Wet Big). Ook mogen ze in de polisvoorwaarden bepalingen opnemen over de plaats van zorglevering en aanvullende voorwaarden (zoals machtigingsvereisten).

De Zvw gaat uit van een individueel recht op zorg, voor zover men daar 'redelijkerwijs op aangewezen is'. Deze bepaling maakt dat sprake moet zijn van een doelmatige inzet van zorg. Professioneel handelen vergt dat zorgaanbieders hun zorgverlening op elkaar afstemmen en, waar nodig, elkaar informeren over hun handelen. Daar waar patiënten hulp bij coördinatie, voorlichting, begeleiding en ondersteuning nodig hebben, kan dat op maat gegeven worden door een zorgaanbieder, deze zorgonderdelen vallen allemaal binnen zorg zoals verpleegkundigen hun professie uitoefenen, naast verpleegtechnische activiteiten en verzorging. De overheveling van de verpleging uit de AWBZ naar de Zvw creëert daarom veel kansen voor goede zorgafspraken.

Het doel is om per 1 januari 2015 artikel 2.11 Besluit zorgverzekering (Bzv) als volgt te wijzigen:

"Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging en verzorging, omvatten verpleging en verzorging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg."

De nieuwe aanspraak wijkverpleging wordt door het CVZ geduid in een conceptnotitie 'Extramurale verpleging en (deels) persoonlijke verzorging in de Zvw: hoe regelen we dat in de wet?' van het CVZ van 11 november 2013.[15] In de conceptnotitie wordt de aanspraak door het CVZ ontrafeld zodat duidelijk wordt welke prestatieregulering nodig is. Immers, de taal van aanspraken en prestatieregulering moeten op elkaar aansluiten. De conceptnotitie van het CVZ is in zijn geheel opgenomen in bijlage 3. In deze conceptnotitie berust de aanspraak echter nog op hoe deze bedoeld was in het Regeerakkoord.

Persoonlijke verzorging
Volgens het Regeerakkoord zou het grootste deel van de functie Persoonlijke Verzorging vanaf 2015 onder de Wmo (gemeentelijke domein) vallen. Veel veldpartijen hebben kritiek geuit op dit voorstel,

[15] Zie bijlage 3.

omdat daardoor verpleging en persoonlijke verzorging vanuit een ander domein bekostigd zou gaan worden. Het CVZ geeft in de omschrijving van de aanspraak, gebaseerd op het Regeerakkoord, aan dat persoonlijke verzorging die een verzekerde nodig heeft, valt onder de Zvw als deze verzorging 'nauw samenhangt' met de verpleegkundige zorg die de persoon krijgt. Inmiddels is deze beschrijving ingehaald door het besluit van de regering om 95% van het budget van de totale persoonlijke verzorging onder de aanspraak in de Zvw onder te brengen. Alleen de persoonlijke verzorging die gekoppeld is aan de begeleiding van cliënten wordt georganiseerd via de Wmo.

Vanwege het recente besluit van de regering over de persoonlijke verzorging geven wij bij de uitwerking van de bekostigingsmodellen reeds een doorkijk naar de gevolgen voor verbreding van de aanspraak. We doen hierbij de aanname dat persoonlijke verzorging een gelijk bekostigingsmodel krijgt als voor de verpleging.

Niet toewijsbare zorg in Zvw
De Zvw gaat uit van een individueel recht op zorg. Maar niet alle taken van de wijkverpleegkundige onder de nieuwe aanspraak wijkverpleging zijn praktisch gezien op individueel patiënt niveau declarabel. Voorbeelden hiervan zijn de collectieve coördinerende, signalerende, preventieve en coachende werkzaamheden. Mede omdat een individueel recht op deze vorm van zorg moeilijk afdwingbaar lijkt, bestaat het risico dat zorgverzekeraars deze zorg niet of niet adequaat zullen inkopen. Individuele verzekerden kunnen de verzekeraar voor deze zorg lastig aan zijn zorgplicht houden.

De NZa vraagt aandacht voor dit risico. Het is van belang dat verzekeraars (gezamenlijk) verantwoordelijkheid nemen om deze zorg te bieden in een wijk. Er zal moeten worden voorzien in regelgeving met een plicht tot inkoop van de niet toewijsbare zorg, waarbij bijvoorbeeld door representatie een van de zorgverzekeraars verantwoordelijk wordt gesteld voor de inkoop van deze zorg in de regio. De vormgeving hiervan vergt nader onderzoek en overleg met de Autoriteit Consument en Markt (ACM).

3.2 Indicatiestelling

Anno 2013 wordt de indicatie voor extramurale verpleging binnen de AWBZ door het CIZ gesteld. In de Zvw is er geen centraal orgaan die indicaties vaststelt. De indicatiestelling moet aan de hand van documenten van de beroepsgroep plaatsvinden. Op dit moment is CVZ in gesprek met veldpartijen om de indicatiestelling voor wijkverpleging nader uit te werken.

Het CVZ geeft aan dat de verpleegkundige beroepsgroep moet vaststellen wat zij tot het eigen beroepsterrein rekent. Richtlijnen, standaarden en protocollen geven hier vervolgens duidelijkheid over. Aan de hand daarvan zal de indicatie (inhoud en omvang van de wijkverpleging) gesteld moeten worden. De verpleegkundige dient dit zelf helder en toetsbaar te maken voor de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft overigens ook de taak en prikkel om te toetsen of hij alleen goede, doelmatige, verzekerde zorg vergoedt.[16]

[16] Zie bijlage 3.

3.3 MSVT

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven valt ook de huidige MSVT per 2015 onder de aanspraak wijkverpleging. Aangezien geen duidelijk functioneel onderscheid bestaat tussen verpleging onder verantwoordelijkheid van de huisarts of van de medisch specialist, ligt het voor de hand om voor beide zorgvormen dezelfde bekostiging te hanteren.
De NZa adviseert dan ook om MSVT mee te nemen in het bekostigingsmodel voor wijkverpleging, via populatiebekostiging dan wel zorgpakketten. Opname van MSVT in de nieuwe bekostiging brengt wel een aantal aandachtspunten/risico's met zich mee. Zo bestaat het risico op afwenteling van kosten van wijkverpleging na een ziekenhuistraject. Het is voor ziekenhuizen financieel aantrekkelijk om patiënten zo snel als mogelijk te ontslaan uit het ziekenhuisverblijf en thuis verder te (laten) verplegen. Vanaf dat moment draagt het ziekenhuis immers niet meer de kosten van de verpleging, terwijl wel een (volledige) klinische DOT gedeclareerd kan worden, waarin de verpleegkosten verdisconteerd zitten.

Naast aandacht voor de financiële prikkels, is dubbele bekostiging een risico. DOT-producten bevatten namelijk een gemiddelde hoeveelheid (intramurale) verpleging per zorgtraject. In het geval iemand thuis verpleegkundige zorg ontvangt na een ziekenhuisopname, is het mogelijk dat een verzekeraar niet alleen de wijkverpleging vergoedt, maar ook de verpleegkundige zorg vanuit de DOT. Immers, doordat vergoeding van de DOT gekoppeld is aan de ziekenhuisopname betaalt de verzekeraar ook voor verpleegkundige zorg. Gezien de vrije tarieven van de DOT-structuur kan de NZa geen maatregelen treffen in de tariefregulering om deze effecten te compenseren. Verzekeraars zullen moeten toezien op een doelmatige inzet en vergoeding van verpleegkundige zorg. Aangezien verzekeraars financieel risico lopen over hun uitgaven aan medisch specialistische zorg, hebben zij wel een prikkel om in hun tariefstelling rekening te houden met dubbele bekostiging via de DOT-producten.

3.4 Zorginkoop, tariefregulering en macro budgettaire beheersing

3.4.1 Mogelijkheden zorginkoop

Per 2015 worden diverse overhevelingen van de huidige extramurale AWBZ-zorg naar het domein van zowel de Zvw als de Wmo beoogd. De verpleging en persoonlijke verzorging[17] in de thuissituatie wordt onder de Zvw gebracht. De overige extramurale dienstverlening (persoonlijke verzorging i.s.m. begeleiding) wordt overgeheveld naar de Wmo. De zorg voor intramuraal geïndiceerde cliënten blijft gehandhaafd in de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit vereist gestructureerde samenwerking tussen (wijk)verpleegkundigen, thuiszorgaanbieders in de Zvw, Wmo dienstverleners, huisartsen en tweedelijnszorg. Bijvoorbeeld bij de informatievoorziening aan de cliënt/patiënt over verstrekking en zorgaanbod, dossiervorming, bij de indicatiestelling en doorverwijzing, en bij de coördinatie van zorg en ondersteuning van de cliënt/patiënt.

De zorgverzekeraar is een belangrijke spil in de beschreven zorgstructuur. In zijn zorginkoop moet hij nadrukkelijk aandacht besteden aan samenwerking met de gemeenten voor de zorg binnen het domein van de Wmo, binnen de eerstelijnszorg en coördinatie met de tweedelijnszorg. De NZa stelt geen eisen aan de organisatie of ordening

[17] Van Persoonlijke Verzorging wordt 95% van het budget overgeheveld naar de Zvw. Hierop wordt nog een korting toegepast

van het zorgaanbod. Het is aan partijen om afspraken te maken over de coördinatie en samenwerking.

Uitzonderdering hierop is de niet toewijsbare zorg. Deze past niet bij het individuele karakter van de Zvw. In 3.1 is reeds geschetst dat deze zorg collectief via representatie moet worden ingekocht.

De samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten in het sociale domein is van groot belang voor het behalen van de beoogde doelstellingen met de aanspraak wijkverpleging. In de aanspraak dient dit voldoende tot uiting te komen. De samenwerking een plaats geven in de bekostiging kan alleen wanneer de aanspraak zo is geformuleerd dat sprake moet zijn van een samenwerkingsverband waarin zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders deelnemen. De NZa kan geen prestaties vaststellen die enger of breder zijn dan de aanspraak geformuleerd door CVZ. In de schets van de bekostigingsmodellen wordt tevens stil gestaan bij de gevolgen voor de samenwerking met gemeenten.

3.4.2 Tarief- en prestatieregulering

Zoals in hoofdstuk 1 beschreven is de NZa verzocht een aantal modellen voor bekostiging van wijkverpleging nader uit te werken. In deze modellen gaat de NZa uit van het reguleren van de prestaties en tarieven. Onder meer omdat verzekeraars nog niet volledig risicodragend zijn.
Een andere mogelijkheid is om de prestaties en tarieven volledig vrij te laten. Er worden dan geen verplichte prestatiebeschrijvingen vastgesteld waardoor volledige vrijheid in de zorginkoop mogelijk is. Verzekeraar en aanbieder bepalen zelf de inhoud van de prestaties en de hoogte van het tarief. De regelgeving vanuit de overheid bepaalt in een dergelijk model alleen de randvoorwaarden. Het gaat daarbij onder meer om transparante informatie over prijs en inhoud van de dienstverlening door aanbieder en verzekeraar, Aanmerkelijke Marktmacht (AMM) bevoegdheden, controlemogelijkheden, vergelijkbare informatie en toezicht- en handhaving door de NZa. Tevens is cruciaal dat voldoende informatie beschikbaar blijft om de risicoverevening te kunnen inrichten. Of en wanneer volledige vrije prestaties en tarieven voor verpleging in de Zvw mogelijk zijn, zou nader moeten worden onderzocht. Op basis van een toets aan het 'Theoretische kader liberalisering vrije beroepen in de zorg'[18] is volledige deregulering direct na overheveling in 2015 volgens de NZa nog niet gewenst. Redenen hiervoor zijn onder meer de nieuwheid van de aanspraak en hieruit afgeleid de transparantie van de zorgprestaties/zorgverlening, inkoop in nieuwe verhoudingen en een nieuw systeem en het ontbreken van (volledig) risicodragende verzekeraars (prikkel voor doelmatige inkoop).

Bij beschrijving van de bekostigingsmodellen besteden we aandacht aan het bevorderen van vrijheid voor partijen bij de zorginkoop.

3.4.3 Methoden macro budgettaire beheersing

In het adviesverzoek van de minister is aangegeven dat voor wijkverpleegkundige zorg in totaal €200 miljoen zal worden toegevoegd aan het kader, wat geleidelijk beschikbaar komt. Dit betekent de beschikbaarheid van €40 miljoen per 2015, €80 miljoen per 2016 en €200 miljoen per 2017.

---

[18] Zie www.nza.nl

Daarnaast heeft de minister in het verzoek aangegeven dat verzekeraars per 2017 risicodragend zijn voor de wijkverpleging. Voor 2015 en 2016 geldt dat overschrijding van het budgettair kader bij de uitvoering van de functie wijkverpleging nog niet voor risico komt voor de zorgverzekeraar.

Er worden in de curatieve sector op dit moment verschillende methoden gehanteerd/achter de hand gehouden om de macrokosten te beheersen:
- Tariefkorting;
- Omzetplafond;
- Macrobeheersinstrument (MBI);
- Convenant.

Deze methoden kunnen tevens in combinatie worden ingezet. Bij inzet van een instrument voor kostenbeheersing, in de periode dat verzekeraars niet (volledig) risicodragend zijn, is spanning met de zorgplicht en ontwikkeling van de niet toewijsbare zorg (conform de aanspraak: coördinatie, voorlichting, begeleiding en ondersteuning) een aandachtspunt.

Tariefkorting
Een mogelijkheid om de kosten te beheersen is het opleggen van een tariefkorting. Dit kan echter pas in het jaar nadat de kosten zijn overschreden. Naast het tarief is echter ook de omvang van de gedeclareerde zorg bepalend voor kostenbeheersing. Aanpassing van het tarief is dan ook geen garantie dat een jaar later de kosten wel binnen het kader blijven.

Ex ante omzetplafond per zorgaanbieder
Bij een (ex ante) omzetplafond wordt door de NZa vooraf per individuele zorgaanbieder bepaald tot welk bedrag een zorgaanbieder mag declareren bij een zorgverzekeraar. Indien zorgaanbieders meer declareren dan op basis van het omzetplafond is toegestaan moet het meerdere worden terugbetaald. De kosten zijn hiermee goed beheersbaar; een nadeel van deze methode is de administratieve lasten die het met zich meebrengtEen goed presterende (en dus veel gebruikte) aanbieder kan immers niet meer zorg declareren en dus leveren dan afgesproken in het omzetplafond. De huidige wijze waarop de uitgaven in de AWBZ worden beheerst door de contracteerruimte is een duidelijk voorbeeld van een ex ante omzetplafond per aanbieder.

Bij naderende overschrijding van het omzetplafond door overproductie kan de verzekeraar een toestemmingssysteem hanteren voor het declareren van de zorg buiten het omzetplafond. Door verzekeraars wordt momenteel een systeem van 'shared savings' verkend.[19]

Ex ante omzetplafond voor een gehele sector (MBI)
Het MBI is een methode van kostenbeheersing waarbij op het totale sector niveau wordt vastgesteld welk bedrag voor een bepaalde vorm van zorg gedeclareerd mag worden. Dit is een wettelijk macro budgettair plafond geldend voor alle zorgaanbieders. Indien op macroniveau meer wordt gedeclareerd dan dit plafond aangeeft, worden alle aanbieders achteraf – bij wijze van *ultimum remedium* – naar rato van de overschrijding gekort.

Convenant
In een convenant kunnen VWS en veldpartijen onderling afspraken maken over welke zorg wordt geleverd en welke financiële middelen hiervoor beschikbaar zijn. In het Regeerakkoord is afgesproken dat voor de jaren 2015 en 2016 een hoofdlijnenakkoord wordt gesloten met

---

[19] Zie ook een recente publicatie van ZonMw: 'Strategische verkenning shared savings', 15 oktober 2013.

zorgverzekeraars, waarin een budgetplafond voor de uitvoering van de wijkverpleging en het tempo van opbouw van de risicodragendheid van zorgverzekeraars wordt vastgelegd. Vanaf 2017 zullen zorgverzekeraars risicodragend zijn. Een convenant geeft geen instrumenten om de afspraken af te dwingen. Een convenant geeft dan ook geen harde garanties met betrekking tot kostenbeheersing.

3.4.4 Eigen risico

Binnen de Zvw betalen patiënten het eerste deel van de zorg die zij ontvangen zelf. Dit wettelijk verplichte eigen risico bedraagt in 2013 € 350[20].

Het verplichte eigen risico en populatiebekostiging gaan niet goed samen. Deze combinatie betekent namelijk dat altijd een deel van het eigen risico wordt ingezet voor wijkverpleging, ongeacht of deze zorg wordt gebruikt. Als iemand bij voorbaat al een deel van het eigen risico moet betalen (terwijl deze persoon niet is aangewezen op deze zorg) betreft de maatregel feitelijk een premieverhoging. Deze werkwijze past niet in het concept van het eigen risico.

Het combineren van het model van prestatiebekostiging met een verplicht eigen risico levert geen knelpunten op.

3.5 Tijdpad invoering

Per 1 januari 2015 wordt de aanspraak wijkverpleging in de Zvw neergelegd. Om deze zorg tijdig te kunnen contracteren stelt de NZa op 1 juli 2014 het beleid voor de bekostiging vast. Na advies van de NZa aan de minister moet dan ook spoedig een besluit volgen over het model voor bekostiging. De NZa moet in 2014 voldoende tijd hebben om, in samenspraak met de veldpartijen, het beleid voor 2015 vast te stellen. Daarnaast geven de verzekeraars aan dat zij voldoende tijd nodig hebben voor de inrichting van het declaratiestandaarden en controlesystemen.

Bij de keuze voor bekostiging op basis van zorgpakketten is een reëel risico dat invoering van de bekostigingssystematiek per 1 januari 2015 te vroeg is, afhankelijk van eventuele knelpunten bij de verdere ontwikkeling van prestaties. Bij populatiebekostiging is, gezien de onbekendheid van deze systematiek en moeilijke inpassing in het Zvw-systeem, de NZa van mening dat hiervoor meer tijd nodig is dan gebruikelijk. Van belang is bijvoorbeeld dat naast de bekostigingsmethodiek ook een betaaltitel voor restitutieverzekerden moeten worden gecreëerd. Daarmee is tevens een reëel risico dat invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek per 1 januari 2015 niet haalbaar is.

[20] Daarnaast kunnen verzekerden zelf kiezen voor een vrijwillig hoger eigen risico, in praktijk in ruil voor een lagere premie. Het maximale vrijwillige eigen risico bedraagt in 2013 € 850, inclusief het verplichte eigen risico.

4. Bekostigingsmodel Populatiebekostiging

In dit bekostigingsmodel wordt ex ante op basis van populatiekenmerken bepaald welk bedrag voor een bepaalde populatie wordt besteed aan de wijkverpleging. Dit in tegenstelling tot het model gebaseerd op prestaties, waarbij de bekostiging is gekoppeld aan de feitelijke levering van zorg.

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt een algemene beschrijving aan bod van de wijze waarop populatiebekostiging vorm kan worden gegeven. Het is voor het eerst dat de NZa specifiek adviseert over populatiebekostiging binnen de Zvw. Daarom komt in paragraaf 4.3 uitgebreid aan de orde op welke wijze populatiebekostiging qua uitgangspunten verschilt van de gebruikelijke wijze van bekostigen in de Zvw. De overige paragrafen geven een beeld van de vormgeving van deze bekostiging (4.2, 4.4) en van de effecten van de deze bekostiging (4.5).

4.2 Afbakening populatie

De kern van populatiebekostiging is dat de bekostiging van zorg wordt gekoppeld aan een populatie, waarbij de kenmerken (bijvoorbeeld persoons-, omgevings-, gezondheidskenmerken) van de populatie invloed hebben op de hoogte van de vergoeding. Zorggebruik speelt geen rol in de vergoeding voor een zorgaanbieder.

Bekostiging van zorgaanbieders op basis van een populatie vraagt een nadere definitie van de populatie. De NZa dient op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bekostiging van zorg vorm te geven aan de hand van prestaties en tarieven als betaaltitel tussen aanbieder en zorgverzekeraar. Een generieke definitie van een populatie als algemene betaaltitel is moeilijk vast te leggen. Het is niet in een standaard vast te leggen hoeveel en welke patiënten een (gemiddelde) aanbieder heeft. Ook is het per gemeente verschillend hoeveel en welke zorgverzekeraars actief zijn. Daarom is geen eenduidige definitie van een gehele populatie als betaaltitel tussen verzekeraar en aanbieder te geven. Een ander probleem is dat de schadelast per verzekerde per verzekeraar niet te bepalen is bij een betaaltitel op het niveau van een gehele populatie. Dit is niet in overeenstemming te brengen met het feit dat zorgverzekeraars zelfstandig in een concurrerende omgeving premie moeten heffen voor het vergoeden van zorg ten behoeve van hun eigen verzekerden.

De oplossing is om te reguleren op de kleinste eenheid, de individuele verzekerde. Op dit niveau is het mogelijk om een één op één betaaltitel te creëren tussen een verzekeraar en een aanbieder. De verzekeraar kan vervolgens zelf bepalen hoe hij populaties definieert en bij welke aanbieder hij voor zijn cliënten zorg inkoopt. De aanbieder declareert een bedrag per verzekerde. Ongeacht of en hoeveel deze verzekerde gebruik maakt van wijkverpleegkundige zorg. Zou het bedrag beperkt worden tot de zorggebruikers, dan bestaat er alsnog de koppeling met zorggebruik. Deze variant betreft dan feitelijk een vorm van prestatiebekostiging met slechts één prestatie: een gemiddeld bedrag voor een zorggebruiker.

Dit model biedt veel vrijheid voor nadere invulling door verzekeraars (onder andere voor onderlinge samenwerking en samenwerking met gemeentes) en voor lokale/regionale differentiatie. Het systeem bevat op deze wijze ook voldoende waarborgen voor het realiseren van goede zorg voor alle verzekerden. Ten eerste heeft iedereen in Nederland een zorgverzekering door de verzekeringsplicht. Ten tweede is de zorgverzekeraar verantwoordelijk en verplicht om voldoende en goede zorg voor zijn verzekerden te realiseren (zorgplicht).

Er zijn ook andere manieren denkbaar om een populatie te definiëren als basis voor de bekostiging. Er zijn grofweg drie alternatieven:
- De inschrijving bij een aanbieder van wijkverpleging.
- De koppeling aan de populatie van de huisarts.
- Het definiëren van een budget per regio.

Door ook deze alternatieven te beschouwen wordt (verder) duidelijk waarom wij voor een bedrag per verzekerde kiezen.

Inschrijving bij een aanbieder van wijkverpleging
Deze variant veronderstelt dat inwoners/verzekerden zich inschrijven bij een bepaalde zorgaanbieder voor wijkverpleging. Hierbij is een parallel te trekken met de huisartsenzorg. Huisartsenpraktijken krijgen per kwartaal een bedrag vergoed voor elke patiënt die bij een praktijk is ingeschreven. Dat is een werkbare variant, omdat het grootste deel van de Nederlandse bevolking is ingeschreven bij een huisarts. Bovendien bezoekt meer dan 70% van de bevolking minimaal eens per jaar de huisarts, met een gemiddelde frequentie van vier maal per jaar (over de hele bevolking)[21]. Dat betekent dat niet alleen het merendeel van de bevolking vrijwillig ingeschreven is, maar ook dat een groot deel van de ingeschreven patiënten gebruik maakt van deze zorg. Wijkverpleging is slechts van toepassing op een specifiek en geringer deel van de bevolking. Daarmee lijkt algehele, vrijwillige inschrijving geen werkbare variant.

Koppeling aan de populatie van de huisarts
Een variatie op de inschrijving bij de aanbieder van wijkverpleging is om de verbinding te maken met inschrijving bij de huisarts. De populatie van een bepaalde huisartsenpraktijk is dan eveneens de populatie van een aanbieder van wijkverpleging. Zo is vrijwillige inschrijving bij de zorgaanbieder van wijkverpleging niet nodig, maar is wel de populatie lokaal en helder gedefinieerd. Er zijn dan twee manieren om de verantwoordelijkheid voor afspraken met de aanbieder van wijkverpleging te beleggen. Enerzijds bij de verzekeraar, maar dat is feitelijk ons eerder genoemde model waarbij de verantwoordelijkheid voor afspraken met de zorgaanbieders bij de verzekeraars wordt belegd. Ten tweede kan ook de huisarts hiervoor verantwoordelijk worden gemaakt. In de aanvraag voor dit advies is door VWS echter als uitgangspunt gegeven dat de (wijk)verpleegkundige beschikt over een eigen, specifieke betaaltitel en daarmee naast/los van de huisarts of medisch specialist qua bekostiging komt te staan. Dit uitgangspunt is in deze variant niet te realiseren.

Het definiëren van een regiobudget
Een veel gehoord idee bij populatiebekostiging is om vanuit de overheid budgetten per regio te definiëren. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de huidige AWBZ in de vorm van een contracteerruimte per regio per zorgkantoor. Echter, naast de regionale contracteerruimte bestaan prestaties en tarieven voor het betaalverkeer tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Populatiebekostiging veronderstelt dat juist het gehele

[21] Bron: CBS Statline

budget voor de verzekerde de betaaltitel is voor aanbieders en zorgverzekeraar.

Op verzekeraarsniveau bestaat in de Zvw via de risicoverevening ook een vorm van budgettering.[22] Daarnaast beschikt elke verzekeraar over gedetailleerde informatie over zijn verzekerden en de kosten voor wijkverpleging. Hoewel niet vastgesteld door de overheid hebben verzekeraars daarmee inzicht in hun budget voor wijkverpleegkundige zorg per populatie. Binnen de Zvw is het daadwerkelijk vaststellen van deze regiobudgetten als betaaltitel tussen aanbieder en verzekeraar problematisch. De schadelast voor een individuele verzekeraar moet duidelijk zijn en dat kan niet als de vergoeding niet terug te rekenen is naar een individuele verzekerde. De oplossing die wij hiervoor zien is een bedrag per verzekerde, zoals hierboven geschetst.

4.3 Inpassen populatiebekostiging in Zorgverzekeringswet

In deze paragraaf geven we aan welke effecten de uitgangspunten van populatiebekostiging hebben op de werking van het zorgverzekeringsstelsel. We gaan hierbij uit van het in paragraaf 4.2 vastgelegde punt dat populatiebekostiging een bedrag per verzekerde omvat.

Bij populatiebekostiging speelt zorggebruik geen rol in de vergoeding voor zorgaanbieders. Dit betekent dat zorgverzekeraars ook zorgaanbieders betalen voor verzekerden die geen zorg gebruiken. Dit is een principieel ander uitgangspunt voor de bekostiging dan gebruikelijk is binnen de Zvw.

Dit afwijkende uitgangspunt heeft als effect dat enkele aspecten van de zorgmarkt bij dit bekostigingsmodel anders dan gebruikelijk georganiseerd moeten worden:
- Contractering is een voorwaarde voor declaratie.
- Verzekerden moeten gebruik maken van een zorgaanbieder die door de zorgverzekeraar wordt gecontracteerd.
- Zorginkoop door zorgverzekeraars via representatie is niet uit te sluiten.

Bovenstaande drie punten worden hieronder nader toegelicht.

Ex ante contractering is een noodzaak bij populatiebekostiging. De middelen moeten door de verzekeraar in dit model namelijk ex ante worden 'toebedeeld' aan gecontracteerde zorgaanbieders door hen een bepaald bedrag per verzekerde toe te kennen. Zonder een contract als voorwaarde te stellen voor de declaratie van het bedrag per verzekerde, kunnen alle aanbieders van wijkverpleegkundige zorg voor alle verzekerden declareren.

Het verplichte contract tussen verzekeraar en aanbieder heeft effect op de keuzevrijheid van verzekerden. Alle beschikbare middelen voor wijkverpleging zijn voorafgaand aan een jaar toegewezen aan één of een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders.[23] Het toch kiezen voor een andere zorgaanbieder betekent dat de oorspronkelijke zorgaanbieder heeft gedeclareerd zonder hiervoor zorg te verlenen, terwijl de

---

[22] Per verzekerde is naast de premie ook een bijdrage of afdracht aan het risicovereveningsfonds. Deze bijdrage of afdracht is gekoppeld aan de kenmerken van de verzekerde én de beschikbare budgettaire kaders. Meer uitgaven dan de totale opbrengst uit de risicoverevening betekent dat een verzekeraar verlies lijdt.

[23] Het is wel mogelijk dat een gecontracteerde zorgaanbieder gebruik maakt van onderaannemer(s) die zorg leveren.

zorgaanbieder die wel zorg levert niet of te weinig heeft kunnen declareren. Een verzekerde met een voorkeur voor een andere zorgaanbieder dan gecontracteerd door zijn verzekeraar zal van zorgverzekeraar moeten wisselen.

Tegelijkertijd signaleert de NZa dat restitutieverzekeringen en –vergoedingen een onderdeel zijn van de Zvw. Deze elementen moeten ingepast worden in het systeem van populatiebekostiging. Dat kan alleen door voor deze gevallen aparte betaaltitels vast te stellen. Het gebruik maken van een restitutieverzekering of de restitutievergoeding is voor verzekerden een mogelijkheid om de gecontracteerde zorgaanbieder van zijn zorgverzekeraar te omzeilen.

Wij zien spanning tussen de constatering dat ex ante contractering noodzakelijk is en de constatering dat restitutie aparte betaaltitels vereist. Hierdoor ontstaat een duaal systeem. Een (klein) deel van de zorg wordt niet vergoed middels populatiebekostiging. Voor verzekerden die gebruik maken van een niet-gecontracteerde aanbieder, en daar op basis van artikel 13 van de Zvw een vergoeding voor krijgt, alsmede degenen die verzekerd zijn via een zuivere restitutieverzekering zal gelden dat dubbele bekostiging plaatsvindt.

Overigens kan bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) worden bepaald dat alleen de zorg van gecontracteerde aanbieders wordt vergoed. Dit lost de strijdigheid in het beleid op, maar betekent ook dat geen sprake kan zijn van een (pure) restitutieverzekering voor de wijkverpleging.

Tot slot is van belang dat niet alle mensen in een wijk bij dezelfde zorgverzekeraar zijn verzekerd. Dit bemoeilijkt het wijkgericht werken en het uitvoeren van preventieve en signalerende activiteiten. Zorginkoop via een representant van de verzekeraars in een regio is dan ook niet uit te sluiten. Een dergelijke aanpak bevordert de samenhang in zorg voor een populatie maar staat op gespannen voet met concurrerende zorgverzekeraars.

4.4 Algemene beschrijving bekostigingsmodel

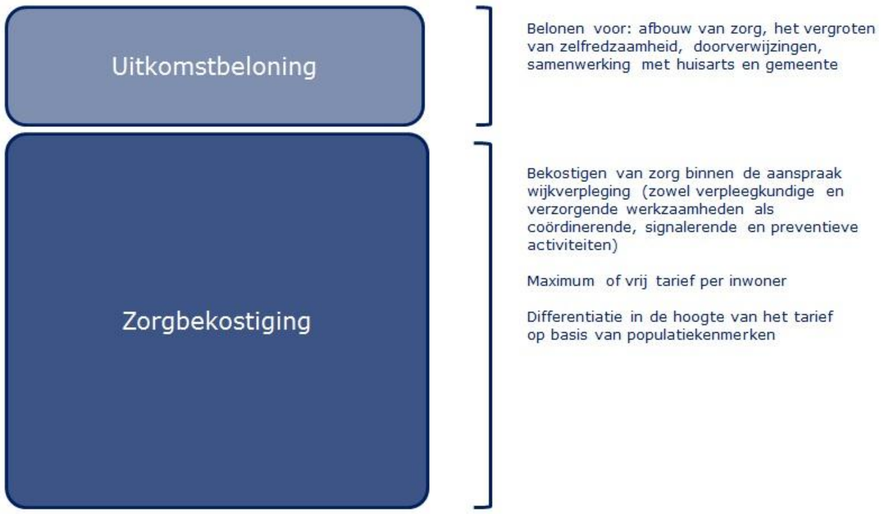
In voorgaande paragrafen is aan bod gekomen welke betaaltitel passend is bij populatiebekostiging in de Zvw en welke effecten de uitgangspunten rondom populatiebekostiging met zich mee brengen. Deze paragraaf beschrijft hoe het model verder kan worden vormgegeven.

Gebaseerd op voorgaande en gecombineerd met de uitgangspunten van de minister zien wij de volgende ingrediënten voor het populatie gebonden bekostigingsmodel:
- Op basis van populatiekenmerken wordt ex ante bepaald welk bedrag per verzekerde gemiddeld beschikbaar moet zijn voor wijkverpleging.
- Zorgverzekeraars hebben de vrijheid en verantwoordelijkheid om voor hun verzekerden de precieze invulling van de wijkverpleging vorm te geven.
- Verzekeraars contracteren per jaar per verzekerde één of een beperkt aantal aanbieders die verantwoordelijk zijn voor de gehele levering van wijkverpleging.
- Zorggebruik speelt geen directe rol in de betaling aan zorgaanbieders (met uitzondering van zorg geleverd op basis van restitutie waarvoor een separate betaaltitel wordt vastgesteld).

- In het model is ruimte voor het belonen van uitkomsten.
- Op deze zorg is het eigen risico niet van toepassing.

Het bekostigingsmodel dat hieruit volgt is hieronder visueel vereenvoudigd weergegeven.

Figuur 5. Opbouw tarief wijkverpleging



Het model kent twee hoofdlagen:
- Een basislaag, waarin de totale aanspraak wijkverpleging, inclusief de niet toewijsbare zorg, wordt bekostigd. De vergoeding per inwoner in een bepaald gebied is mede afhankelijk van een set populatiekenmerken.
- Een vrije laag, waarin verzekeraars de ruimte hebben om aanvullende beloningen af te spreken. Deze laag is bij voorkeur gekoppeld aan het behalen van resultaten.[24]

4.4.1 Laag 1 - Zorgbekostiging

Uit deze basislaag moet de volledige zorgvraag binnen de aanspraak wijkverpleging worden bekostigd. Deze laag betreft een tarief dat een gecontracteerde zorgaanbieder ontvangt per verzekerde. De NZa adviseert om in de eerste jaren na de transitie gereguleerde tarieven te hanteren. Verzekeraars zijn tot 2017 namelijk niet (volledig) risicodragend over de uitgaven aan wijkverpleging. Dit betekent dat er onvoldoende prikkels zijn om de kosten te beheersen. Bovendien speelt mee dat de introductie van de nieuwe aanspraak en de nieuwe bekostiging onzekerheid met zich mee brengt.

Om te komen tot een gereguleerd tarief per verzekerde hanteren we de aanname dat in de huidige situatie de verpleegkundige zorg kostendekkend geleverd kan worden. Indien de totale macrouitgaven aan verpleging en verzorging worden omgeslagen over alle verzekerden, ontstaat een landelijk gemiddeld tarief per verzekerde.

Aangezien de zorgzwaarte per regio kan verschillen en hiervoor geen correctie in zorgvolume mogelijk is (in een populatiebekostigingsmodel is geen relatie met feitelijke zorglevering en de te declareren prestatie), dienen verschillen in populaties te worden verdisconteerd in het tarief.

[24] Deze laag heeft grote gelijkenissen met de uitkomstbeloning bij huisartsenzorg, zie bijlage 5.

Door populatiekenmerken te verweven in de vergoedingen is de precieze vergoeding per aanbieder beter vorm te geven. Een aanbieder met een oudere populatie zal bijvoorbeeld gemiddeld meer kosten maken per patiënt, dan een aanbieder met een jongere populatie. In praktijk zullen er dan ook verschillende prestaties voor aanbieders te declareren zijn, afhankelijk van de kenmerken van de verzekerde waar hij voor zorgt. Dit betekent overigens ook dat inschrijving van individuele patiënten door een verzekeraar bij een aanbieder voor de hand ligt.

Dergelijke differentiatie van vergoedingen op basis van de kenmerken van een populatie vindt ook plaats binnen de risicoverevening. Het lopende onderzoek voor de risicoverevening van verpleegkundige zorg[25] kan eventueel gebruikt worden voor de vergoeding aan aanbieders. Tegelijkertijd is het van belang om hierbij op te merken dat de individuele voorspellende waarde van het tarief voor de kosten van groter belang is bij aanbiedersbekostiging dan bij verevening van verzekeraars. Een aanbieder heeft namelijk een veel kleinere populatie, waardoor individuele mee- en tegenvallers minder goed te middelen zijn. Bovendien hebben aanbieders kleinere financiële reserves om eventuele tegenvallers op te vangen.

De vaststelling van het (maximum)tarief is verder afhankelijk van verschillende factoren. Bijvoorbeeld de ontwikkeling van het zorggebruik van verzekerden, de gewenste ontwikkeling van de wijkverpleegkundige functie en de hervormingen van de langdurige zorg. De precieze uitwerking van de hoogte van de tarieven onder het regime van populatiebekostiging heeft tijd nodig. Gezien de onbekendheid met de systematiek en de aanspraak die nog in ontwikkeling is, zal het naar verwachting niet gemakkelijk zijn. Hierbij speelt mee dat, zoals eerder aangegeven, de voorspellende waarde van de tarieven hoog dient te zijn.

Naast de centrale tariefregulering is het daarom van belang om het tarief lokaal te kunnen differentiëren voor factoren die eventueel niet meegenomen zijn in de aanpassingen van de vergoedingen. Een max-max tarief is hiervoor een werkbare variant. Er zijn dan twee maxima: het eerste, lagere maximumtarief is het gemiddelde bedrag per verzekerde; het tweede (hogere maximum) kan alleen gedeclareerd worden als er ook sprake is van een zwaardere populatie. Omdat het gaat om maximumtarieven is het toegestaan om afspraken te maken die lager liggen dan het maximum. Het is ook mogelijk om met een contract een afspraak te maken over een tarief dat lager ligt dan het maximum dat geldt zonder contract.

We realiseren ons dat een max-max tarief een compromis is, omdat er geen functioneel onderscheid is tussen het eerste maximum en het tweede maximum. Wij vinden het echter noodzakelijk om toch de wenselijke flexibiliteit te realiseren, zonder de tarieven geheel vrij te geven. We denken namelijk dat een vrij tarief op korte termijn niet wenselijk is. Vandaar dat we via (bijvoorbeeld) deze oplossing willen reguleren met handvatten voor lokaal maatwerk.

In latere jaren verwacht de NZa dat er eveneens veel tijd en energie gestoken moet worden in het tariefonderhoud. Door het loslaten van de zorgprestaties bestaat het risico dat het inzicht in de hoeveelheid zorggebruik en de kosten per verpleegkundig traject verloren raakt. Hiertoe kunnen aanvullende informatieverplichtingen worden opgelegd door de NZa.

---

[25] VWS laat momenteel onderzoek verrichten naar de risicoverevening bij wijkverpleging.

Op een later moment is het mogelijk om op basis van een nadere marktanalyse te bezien of de tariefregulering verder losgelaten kan worden. Hierdoor wordt de totstandkoming van de tarieven meer bij aanbieders en verzekeraars gelegd.

4.4.2 Laag 2 - Uitkomstbeloning

In deze laag wordt zorgverzekeraars de mogelijkheid gegeven om te belonen voor bepaalde uitkomsten. Deze laag loopt mee in het ex ante tarief dat zorgaanbieders per verzekerde in rekening mogen brengen. Zorgverzekeraars kunnen daarmee kiezen om te belonen voor uitkomsten in het voorgaande jaar en/of afspraken te maken over te behalen uitkomsten in het komende jaar. Daarnaast is de functie van deze laag dat het vergaande samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverleners mogelijk maakt. Niet alleen binnen de Zvw, maar ook op het gebied van Wmo en Wlz. Hierbij kan expliciet aandacht worden besteed aan de samenwerking met zowel huisartsen als gemeenten.

Deze laag voor uitkomstbeloning kan worden vormgegeven als een vrije ruimte voor zorgaanbieders en verzekeraars. Partijen kunnen daarin afspraken maken om bepaalde ontwikkelingen te stimuleren en/of bepaalde uitkomsten te belonen.

De NZa signaleert verder dat uitkomstbeloning een cruciale rol speelt om in populatiebekostiging adequate prikkels aan te brengen voor kwaliteit. Zonder deze prikkels bestaat er een prikkel tot onderbehandeling, zoals geschetst in laag 1. Een probleem voor de korte termijn is dat er op dit moment geen adequate uitkomstmaten voorhanden zijn, die kunnen dienen als basis voor uitkomstbekostiging. Het (door)ontwikkelen van (een uniforme set van) uitkomstindicatoren is een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De precieze vormgeving van de mogelijkheid tot het bieden van resultaatbeloning is een breder vraagstuk binnen de eerstelijns curatieve zorg. Binnen het traject voor de nieuwe huisartsenbekostiging is dit ook een belangrijk aandachtspunt. Het is om die reden wenselijk om voor beide te kiezen voor een gelijksoortig systeem.

Tot slot bestaat er een sterk verband tussen de tariefsoort van laag 2 en die van laag 1. Een max-max tarief voor laag 1 ten behoeve regionale differentiatie in zorgzwaarte impliceert dat er daarbovenop nog ruimte moet zijn om ook handen en voeten te kunnen geven aan uitkomstbekostiging.

4.5 Mogelijke effecten en aandachtspunten

In deze paragraaf geven wij een overzicht van enkele effecten en aandachtspunten die passen bij het model zoals beschreven in 4.1 en 4.2. Hierdoor ontstaat een compleet beeld van de voor- en nadelen van populatiebekostiging.

4.5.1 Kwaliteit, transparantie en doelmatigheid

De aanbieder van wijkverpleegkundig zorg ontvangt per verzekerde in een gebied een bedrag ongeacht de zorg die daarvoor wordt geleverd. Welke kwaliteit hiervoor wordt geleverd en hoe dit kan worden aangetoond zal afhangen van de afspraken die de zorgverzekeraar hierover maakt met de zorgaanbieder. Iedere wijkverpleegkundige zorgaanbieder kan immers op basis van eigen inzicht en professionaliteit

invulling geven aan de zorgtaken. Er is niet langer sprake van vastgelegde prestaties per patiënt. Centrale/planmatige verantwoording en prikkels voor kwaliteit moeten via contractafspraken gerealiseerd worden. Het maken van contractafspraken met betrekking tot kwaliteit is echter niet afdwingbaar. De NZa ziet in dit bekostigingsmodel een cruciale rol weggelegd voor uitkomstbekostiging, om zodoende toch voldoende stimulans voor de kwaliteit in te bouwen. Een goede invulling van uitkomstbekostiging is naar verwachting op korte termijn niet voor handen.

De prikkels voor doelmatigheid zijn groter dan bij de huidige bekostiging van extramurale AWBZ-verpleging. Zorgaanbieders hebben een sterke prikkel om hun kosten zo laag mogelijk te houden. De zorgaanbieder wordt immers vooraf betaald, ongeacht zijn werkelijke zorglevering. Door deze sterke prikkel ontstaat een risico op onderbehandeling. Daarnaast is in dit bekostigingsmodel door de contractering van een beperkt aantal aanbieders naar verwachting nauwelijks sprake van onderlinge concurrentie die zorgaanbieders stimuleert om hun dienstverlening regionaal onderscheidend en kwalitatief goed in te vullen of om de prijzen te verlagen. Zorgverzekeraars zullen beleid moeten voeren om de doelmatigheidswinst van zorgaanbieders door te vertalen in de verzekeringspremies en/of in een optimaal aanbod.

Zolang sprake is van een flexibel tarief heeft de zorgverzekeraar de ruimte om te belonen op basis van kwaliteit. De mogelijkheden en knelpunten zijn hier gelijk aan de overige sectoren binnen de Zvw. De uitkomstbeloning kan zelfs al enigszins sturing bieden in de wijze waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de kwaliteit, door de overeen te komen plusmodules te benoemen.

4.5.2 Toegankelijkheid en keuzevrijheid

In principe heeft iedereen toegang tot wijkverpleegkundige zorg. De zorgverzekeraar is ook verplicht om voldoende capaciteit voor zijn verzekerde ter beschikking te stellen. Daardoor zijn er dus voldoende zorgaanbieders van wijkverpleegkundige zorg. De (wijk)verpleegkundige bepaalt, in afstemming met een geneeskundige, uiteindelijk wie welke zorg nodig heeft.

De keuzevrijheid van een verzekerde voor een specifieke zorgaanbieder wordt beperkt door populatiebekostiging. Een patiënt is verplicht gebruik te maken van de door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. Om van zorgaanbieder te veranderen kan het noodzakelijk zijn dat een patiënt overstapt naar een zorgverzekeraar die een andere zorgaanbieder heeft gecontracteerd. Een andere optie voor het wisselen van zorgaanbieder is wanneer zorgaanbieders op hun beurt weer onderaannemers contracten. Echter, de patiënt blijft in een dergelijk geval afhankelijk van de hoofdaannemer van de zorgverzekeraar.

4.5.3 Macro budgettaire beheersbaarheid

Een zorgaanbieder van wijkverpleegkundige zorg ontvangt per verzekerde een vergoeding, ongeacht de zorgconsumptie van een verzekerde. Het financiële risico dat gepaard gaat met een hogere zorgconsumptie ligt volledig bij de zorgaanbieder en wordt niet (automatisch) verwerkt in de vergoedingen. Dit maakt dat de kosten van dit model voor zorgverzekeraars en overheid voorspelbaar en beheersbaar zijn.

Uiteraard zijn de budgettaire risico's voor de overheid groter als gekozen wordt voor een vrij tarief. Risicodragende uitvoering is een essentiële voorwaarde om te realiseren dat zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid nemen in de kostenontwikkeling. Zoals in par. 3.4.2 uiteengezet bestaan er verder verschillende aanvullende maatregelen voor macro budgettaire beheersing. Een belangrijke ontwikkeling die van invloed kan zijn op de macrokosten is de extramuralisering in de AWBZ en GGZ. Hierdoor maken op termijn in potentie meer patiënten gebruik van extramurale zorgvormen, hetgeen leidt tot meer volume en daardoor meer macrokosten (ervan uitgaande dat de bedragen per verzekerde hiervoor gecorrigeerd worden).

4.5.4 Speelveld van aanbieders (systeemrisico's voor aanbieders)

Het overgrote deel van de nieuwe aanspraak wijkverpleging bestaat uit de huidige extramurale AWBZ-zorg. Deze wordt nu bekostigd op basis van gerealiseerde uren. Bij een overgang naar populatiebekostiging wordt het verband tussen geleverde zorg en bekostiging volledig losgelaten. Een zorgverzekeraar contracteert één of enkele zorgaanbieders die wijkverpleging gaat leveren voor al zijn verzekerden. Dit betekent dat naar alle waarschijnlijkheid een deel van de bestaande zorgaanbieders zal verdwijnen. De overblijvende zorgaanbieders zullen hun bedrijfsvoering rigoureus moeten aanpassen. De systeemeffecten van de transitie naar populatiebekostiging zijn dan ook groot.

Na de overgangsfase zal het aantal zorgaanbieders naar verwachting stabiel zijn, omdat er geen voortdurende concurrentie plaatsvindt. Zorgaanbieders met een contract bij de grootste zorgverzekeraar in een regio hebben veel belang bij de onderhandelingen met andere zorgverzekeraars. Zij hebben immers vaste kosten die ook doorlopen als zij het contract verliezen. Het zal voor toetreders moeilijk zijn om zich op de markt voor wijkverpleging te begeven.

4.5.5 Concurrentie tussen verzekeraars

Zorgverzekeraars hebben een prikkel om een voldoende kwaliteit- en toegankelijkheidsniveau te realiseren. Anders zal een zorgverzekeraar reputatieschade lijden. Daarbuiten zal het voor zorgverzekeraars lastig zijn om zich van elkaar te onderscheiden. De bekostiging is gericht op een populatie, waardoor zorgverzekeraars moeilijk individuele afspraken kunnen realiseren voor specifiek hun verzekerden. Bij risicodragende uitvoering hebben zorgverzekeraars wel een prikkel om hun schadelast zoveel als mogelijk te beperken.

4.5.6 Onafhankelijkheid (wijk)verpleegkundige

De (wijk)verpleegkundige is in dit model in ieder geval in de periode van contractering onafhankelijk. Per verzekerde ontvangt de zorgaanbieder een vergoeding. De professionaliteit van de (wijk)verpleegkundige is het uitgangspunt voor de inzet van zorg. De (wijk)verpleegkundige is niet gebonden aan het leveren van consulten voor het binnenhalen van omzet.

Wel is het voor de wijkverpleegkundige zorgaanbieder noodzakelijk om een goede relatie met een zorgverzekeraar te onderhouden, omdat beiden verantwoordelijkheid dragen voor wijkverpleegkundige zorg aan de lokale populatie. Bovendien is de (wijk)verpleegkundige financieel volledig afhankelijk van het contract met de zorgverzekeraar.

In dit model is de (wijk)verpleegkundige bovendien financieel onafhankelijk van de huisarts, vanwege de eigen betaaltitel. Dit neemt

uiteraard niet het belang weg van een goede samenwerking tussen beiden bij de indicatiestelling, begeleiding en zorgverlening aan de patiënt.

4.5.7 Positie van de verzekerde/patiënt

De verzekerde/patiënt moet de zorg afnemen bij de in de regio gecontracteerde zorgaanbieder van wijkverpleegkundige zorg. De zorgaanbieder zal veelal de enige aanbieder in de regio zijn waardoor de patiënt geen alternatief heeft, mogelijk zelfs niet bij wisseling van zorgverzekeraar. Dit is enkel het geval als de zorgverzekeraar een andere zorgaanbieder heeft gecontracteerd. De vrijheid om zelf een zorgaanbieder te kiezen komt hierdoor te vervallen. Zoals eerder beschreven is restitutie geen optie. Wij schatten in dat de positie van de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder sterker wordt ten opzichte van de rol van de patiënt.

4.5.8 Substitutie van zorg

Het loslaten van prestatieafhankelijke bekostiging biedt meer ruimte voor de (wijk)verpleegkundige voor regeltaken zoals het betrekken van mantelzorgers waardoor de inzet van professionele zorg kan afnemen. Wel is het de verantwoordelijkheid en ook de zorg van de zorgverzekeraar om in de contractvoorwaarden op te nemen onder welke voorwaarden een dergelijke substitutie wenselijk is. Daarnaast zijn, in tegenstelling tot bij prestatiebekostiging, maatregelen die leiden tot een afname van zorg geen bedreiging meer voor de omzet of het marktaandeel. Zorgaanbieders hebben echter geen directe financiële prikkel om zorg uit andere domeinen over te nemen, omdat zij hiervoor niet beloond worden. De zorgverzekeraar kan een dergelijke prikkel binnen dit model inbouwen middels de tweede laag: uitkomstbekostiging.

4.5.9 Samenwerking met/aansluiting op het sociale domein

Door de mogelijkheid om een module af te spreken voor beloning, kan samenwerking met andere zorgaanbieders binnen de Zvw, Wmo en de Wlz worden gestimuleerd.

Ook binnen de reguliere bekostiging bestaan prikkels voor en risico’s in de aansluiting op het sociale domein. Immers, een aanbieder kan een financieel voordeel behalen als deze adequaat samenwerkt en zo kosten bespaart. Tegelijkertijd is het een risico dat een aanbieder deze besparingen via andere domeinen ook kan realiseren door afwenteling. Hij wordt namelijk niet meer bekostigd op het geleverde volume en kent dus geen prikkel om binnen het Zvw-domein de zorg te leveren.

Afwenteling tussen Zvw, Wlz en Wmo kan optreden bij een onvoldoende samenwerking bij de toegang tot de zorg. Is de toegang tot de wijkverpleegkundige zorg bijvoorbeeld onvoldoende, ligt afwenteling naar het Wmo domein voor de hand en/of neemt de druk op de indicatiestelling voor de Wlz toe bij afwezigheid van voldoende nachtzorg in de Zvw of van voldoende crisiszorg in de Wmo.

Verder hangt afwenteling niet alleen samen met de wijze van bekostiging, maar ook met een duidelijke aanspraak. Zo moeten de grenzen van de verschillende domeinen duidelijk zijn, om een duidelijk onderscheid te maken tussen de zorgvormen en de bekostiging daarvan.

4.5.10 Administratieve lasten

De administratieve lasten van populatiebekostiging voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn op zichzelf fors lager dan bij prestatiebekostiging. Het is echter reëel om te veronderstellen dat naast de geldstroom ook een informatiestroom ontstaat, die daardoor administratieve lasten met zich meebrengt. Zorgaanbieders zullen bijvoorbeeld verantwoording moeten afleggen over de hoeveelheid geleverde zorg en de kwaliteit. Het precieze effect van de nieuwe bekostiging op de kosten van deze administratieve lasten van veldpartijen is daarom moeilijk te voorspellen.

4.5.11 Herkenning historie van gegevens i.v.m. risicoverevening

De zorgverzekeraars betalen per verzekerde een vooraf vastgesteld bedrag. Het bedrag dat zorgverzekeraars betalen is dan ook exact het risico dat zorgverzekeraars lopen. Het volume en zorgzwaarte risico wordt in een contractperiode verschoven naar de zorgaanbieder. Deze zal dit echter in de periode daarna willen verrekenen met de zorgverzekeraar.

Het tarief voor de zorgaanbieder en de toelage uit de risicoverevening voor de zorgverzekeraar kan gelijk zijn. Beide zijn immers op populatieniveau passend en waar noodzakelijk gedifferentieerd op basis van relevante populatiekenmerken. In het geval wordt gekozen voor een vrij tarief dan kan op basis van de historische data alsnog de vergoeding voor de verevening gerealiseerd worden.

4.5.12 Risico’s toezichtbaarheid

In dit model is de inkomstenstroom voor een zorgaanbieder van wijkverpleging afhankelijk van het aantal verzekerden in het gebied waar de zorg moet worden geleverd. De zorgaanbieder heeft hierop geen invloed. Het leveren van meer zorg levert geen aanvullende inkomsten op. Een zorgaanbieder kan wel proberen zijn kosten zo laag mogelijk te houden door te weinig of geen zorg te leveren in situaties waar dit wel nodig zou zijn. De zorgaanbieder heeft geen prikkel tot extra volume, waardoor hij mogelijk de indicatiestelling te strikt toepast of afziet van zorg die gegeven de situatie geboden zou zijn, bijvoorbeeld nacht- of crisiszorg. Onderbehandeling of te ver doorgevoerde substitutie van professionele zorg naar informele zorg kan ertoe leiden dat een minimumniveau van kwaliteit van zorg niet bereikt wordt.

Risicoselectie is een risico dat hiermee samenhangt. Patiënten die veel zorg nodig hebben kennen hoge kosten voor aanbieders, terwijl de vergoeding hierop niet wordt aangepast. Dit betekent dat aanbieders een sterke prikkel hebben om patiënten met een hoge zorgzwaarte niet in zorg te nemen.

De zorgaanbieder zal veelal de enige aanbieder in de regio zijn waardoor hij de prijs relatief hoog kan houden. De zorgaanbieder heeft geen prikkel tot extra volume waardoor hij de kosten afwentelt op domeinen buiten de Zvw. Dat uit zich weliswaar niet in de Zvw zelf, maar wel in een verhoogde druk op de indicatiestelling voor de Wlz of op de zorg in het gemeentelijk domein. Indien tarieven vrij worden gelaten bestaat een risico op kostenstijging als gevolg van de beperkte risicodragende uitvoering door verzekeraars tot 2017.

Een risico is tevens te weinig coördinatie tussen de wijkverpleging, de overige zorg in de Zvw en de zorg- en dienstverlening buiten het Zvw

domein waardoor de informatievoorziening aan de patiënt en dossiervorming tekortschiet.

4.6 Bredere aanspraak persoonlijke verzorging

Populatiebekostiging met daarbij de gehele persoonlijke verzorging kan in essentie op dezelfde manier worden vormgegeven als in dit hoofdstuk is weergegeven. Hierbij moet worden geconstateerd dat aanbieders veel grotere financiële verantwoordelijkheden krijgen, aangezien de hoeveelheid zorg en middelen verviervoudigd ten opzichte van de conceptaanspraak.

Door de gehele aanspraak op persoonlijke verzorging onder de Zvw te brengen, is er ook een groter deel van de bevolking dat gebruik zal maken van deze zorg.[26] De argumentatie ten aanzien van de toerekening in een bedrag per verzekerde zoals eerder in dit hoofdstuk aangegeven, verandert echter niet naar onze mening. Het gaat nog steeds om een klein (hoewel minder klein in vergelijking met de populatie die gebruik maakt van verpleging), specifiek deel van de populatie dat deze zorg ontvangt. Vrijwillige inschrijving bij een aanbieder van thuiszorg lijkt ons ook bij een bredere aanspraak uitgesloten.

De toename van de hoeveelheid zorg heeft tot gevolg dat het financiële beheer van zorgaanbieders van groter belang wordt. Dit is in het voordeel van grotere concerns die een breder pallet aan diensten kunnen bieden en gemakkelijker risico's kunnen opvangen. De NZa signaleert dan ook dat het risico op concentratie en consolidatie van de markt verder toeneemt als naast de verpleging ook de persoonlijke verzorging wordt bekostigd via (hetzelfde systeem van) populatiebekostiging. Anderzijds betekent een grotere populatie en meer zorg, dat mee- en tegenvallers beter uit te middelen zijn voor zorgorganisaties. Een vraagstuk is of beide functies apart als betaaltitel moeten bestaan, of dat één integrale betaaltitel voor beide functies meer voor de hand ligt.

Om flexibiliteit voor verzekeraars bij de zorginkoop te behouden, kan worden gekozen separate bedragen vast te stellen voor beide functies binnen de aanspraak. Verzekeraars hebben daarmee de maximale inkoopvrijheid om per functie de meest optimale inkoop te realiseren. In de contractering kan de verzekeraar ervoor kiezen de zorg integraal in te kopen. Verzekeraars zijn immers integraal verantwoordelijk voor beide functies, alleen ligt die integraliteit niet (altijd) op aanbiedersniveau. Verzekeraars moeten ervoor waken dat niet de versnippering ontstaat die juist aanleiding is om een bredere aanspraak op persoonlijke verzorging in de Zvw onder te brengen. Het uitgangspunt van populatiebekostiging is juist bij uitstek de integraliteit van zorg.

4.7 Conclusies

In dit model is de bekostiging gebaseerd op een gemiddeld bedrag per verzekerde. De zorgverzekeraar koopt vervolgens voor zijn populatie de wijkverpleging in. Het tarief wordt vormgegeven als een zogenaamd max-max tarief, om binnen gereguleerde tarieven zoveel mogelijk ruimte te geven aan lokaal maatwerk.
Het eerste maximum wordt bepaald aan de hand van huidige macrokosten voor verpleging en verzorging, omgeslagen in een bedrag

[26] Zie hiervoor ook de financiële omvang van verpleging en persoonlijke verzorging (par. 2.4.).

per verzekerde. Dit tarief kan vervolgens verhoogd worden tot het tweede maximum, in geval de populatiekenmerken hier aanleiding toe geven. In regio's met lager dan gemiddelde zorgzwaarte kan een verzekeraar ook onder het eerste maximum tarief contracteren. Het model geeft daarmee grote vrijheid voor regionale differentiatie. Het model wordt tot slot aangevuld met een laag voor uitkomstbeloning. In eerste instantie is de NZa van mening dat tarieven tot 2017 gereguleerd moeten zijn, gezien de niet (volledige) risicodragendheid van zorgverzekeraars. Op een later moment is het mogelijk om op basis van een nadere marktanalyse te bezien of de tariefregulering verder losgelaten kan worden. Hierdoor wordt de totstandkoming van de tarieven meer bij aanbieders en verzekeraars gelegd.

De analyse van deze bekostigingsvorm levert een beeld op van de voor- en nadelen van populatiebekostiging als bekostigingsmodel voor wijkverpleging bij overheveling naar de Zvw.

Voor de zorgverlening en inrichting van de beschikbaarheid van het zorgnetwerk in de wijk brengt dit systeem veel voordelen met zich mee. Integrale, doelmatige zorglevering en het tot stand brengen van samenwerking in de wijk gaat goed samen met deze wijze van bekostiging. Ook zijn de uitgaven aan wijkverpleging bij dit systeem goed voorspelbaar. De nadelen van dit systeem zitten onder andere in de gebrek aan inzicht in de kosten en de prikkel tot onderbehandeling en afwenteling van zorg. Het bepalen van een adequaat tarief op het niveau van een individuele zorgaanbieder zal naar de mening van de NZa zeer lastig zijn. De prikkel tot onderbehandeling dient ondervangen te worden via uitkomstbekostiging, maar een beproefde en eenduidige methodiek voor uitkomstbekostiging lijkt op korte termijn niet haalbaar. Bovendien moet in ogenschouw worden genomen dat het voor kleinere zorgaanbieders moeilijk zal zijn om als zelfstandig hoofdaannemer voor alle wijkverpleegkundige zorg op te treden, gezien de grote financiële risico's van de zorg voor een gehele populatie.

Specifiek bij dit bekostigingsmodel speelt dat het model afwijkt van de reguliere bekostigingsvormen in de Zvw. Het belangrijkste verschil met de gebruikelijke vormen van bekostiging binnen de Zvw is dat niet het zorggebruik leidend is voor de vergoeding. Dit andere uitgangspunt leidt tot een andere werking van het systeem. Ex ante contractering van aanbieders lijkt bijvoorbeeld noodzakelijk. Voor restitutievergoedingen moet specifiek beleid worden vastgesteld. De NZa signaleert een strijdigheid tussen verplichte ex ante contractering en zorg op restitutiebasis. Het gevolg van dit model is dat er naar verwachting sprake is van een beperking van de keuzevrijheid voor de Zvw-verzekerden, hoewel de effecten van populatiebekostiging op aanbiederskeuze te omzeilen zijn via restitutie. Deze dualiteit kan opgelost worden door via een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) verplicht te stellen dat alleen zorg van gecontracteerde aanbieders gebruikt kan worden. Dit beperkt echter de keuzevrijheid van patiënten. Tot slot is duidelijk dat een substantiële verandering van de bekostigingswijze hoge uitvoeringslasten met zich meebrengt.

Wanneer we de beleidsmatige uitgangspunten van het ministerie van VWS voor de toekomstige bekostigingssystematiek bekijken, kunnen we het volgende constateren over dit bekostigingsmodel.

Evident is dat met dit model wordt voldaan aan het uitgangspunt van een populatiegebonden deel van de bekostiging. Het tweede uitgangspunt is dat binnen de bekostiging ruimte dient te zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten. In het voorgestelde model dienen prikkels voor kwaliteit via

contractafspraken gerealiseerd te worden, maar het maken van deze afspraken is echter niet afdwingbaar. Zolang sprake is van een flexibel tarief kan de zorgverzekeraar wel belonen op basis van kwaliteit. Daarnaast is middels laag 2, de uitkomstbeloning, deze mogelijkheid gegeven. Het model biedt dus ruimte voor aanvullende beloningsafspraken en voldoet hiermee aan het uitgangspunt. Het is echter aan verzekeraars en zorgaanbieders om de uitkomstbeloning (laag 2) op een goede manier vorm te geven.

Ook wordt met dit model voldaan aan de doelstelling de volumeprikkel weg te nemen. Het verband tussen geleverde zorg en bekostiging wordt immers volledig losgelaten, en het risico wat gepaard gaat met hogere zorgconsumptie ligt bij de zorgaanbieder.

Daarnaast dient de bekostiging tevens een verschuiving te bevorderen van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg en van specialistische zorg naar minder complexe zorg. Door het verdwijnen van de volumeprikkel zal een verschuiving van professionele zorg naar zelf-en mantelzorg bevorderd worden. Het is echter onwaarschijnlijk dat het model een verschuiving bevordert van specialistische naar minder complexe zorg. Door het verdwijnen van de volumeprikkel ontstaat juist een risico op verschuiving naar specialistische zorg.

Tot slot zou de samenwerking tussen de eerstelijns zorgaanbieders en aanbieders in het sociale domein bij voorkeur een plek moeten krijgen in de bekostiging. In het voorgestelde model is er ruimte voor deze samenwerking in laag 2, de uitkomstbeloning. In de module voor beloning kunnen afspraken gemaakt worden voor deze samenwerking.

5. Bekostigingsmodel Patiëntvolgende zorgpakketten

Dit hoofdstuk beschrijft de bekostiging van wijkverpleging volgens de principes van prestatiebekostiging. De prestaties worden hierna aangeduid als zorgpakketten omdat deze de totale wijkverpleegkundige behoefte van een patiënt omvatten. De bekostigingsvariant die wordt uitgewerkt is op hoofdlijnen vergelijkbaar met de bekostigingssystematiek die vanaf 2014 voor 'basis GGZ' zal gelden. Binnen de basis GGZ word afgerekend op basis van vier zorgzwaarteproducten met een maximumtarief. Op basis van objectieve criteria wordt gekeken welk product het beste past bij de zorgvraag van de patiënt.

5.1 Algemene beschrijving bekostigingsmodel

Dit bekostigingsmodel gaat uit van een beperkt aantal patiëntvolgende zorgpakketten. Deze zorgpakketten omvatten de totale wijkverpleegkundige zorgbehoefte van een patiënt. Een patiënt krijgt een zorgpakket in rekening gebracht die de kosten van de totale (wijk)verpleegkundige inzet in een specifieke periode moet dekken. Ook persoonlijke verzorging is onderdeel van de zorgpakketten in de Zvw, voor zover deze onderdeel is van de aanspraak zoals door het CVZ is geformuleerd. Het doel is een beperkt aantal pakketten, ten behoeve van de eenvoud en overzichtelijkheid van het bekostigingssysteem.

5.1.1 Vormgeving prestaties

De zwaarte van de zorgvraag is leidend voor het zorgpakket waar een patiënt voor in aanmerking komt. Deze zorgzwaarte wordt door de (wijk)verpleegkundige bepaald op basis van een aantal nog te ontwikkelen zorginhoudelijke indicatoren. De uitkomsten van deze indicatoren bepalen voor welk pakket van wijkverpleegkundige zorg een patiënt in aanmerking komt. Het streven is hierbij om met een beperkte set prestaties een zinvol beeld te geven van de zorgbehoefte van de individuele patiënt. Dit om de administratieve lasten te beperken en de zorginkoop te vergemakkelijken.

Ervaringen in de basis GGZ
Binnen de basis-GGZ wordt met ingang van 2014 een soortgelijke systematiek gehanteerd en wordt gestart met een viertal prestaties (licht/middel/zwaar/chronisch).[27] Of de zorginhoudelijke indicatoren ook voor de wijkverpleging kunnen leiden tot zo een eenvoudige indeling of dat een meer complexe indeling noodzakelijk is, wordt nader onderzocht.

Welk zorgpakket voor een patiënt in rekening gebracht mag worden door de zorgaanbieder wordt bepaald op basis van landelijk uniform vastgestelde kenmerken/indicatoren, die breed door de veldpartijen gedragen moeten worden. Bij de ontwikkeling van indicatoren kunnen de parameters die nu door het CIZ bij de AWBZ-indicatie worden gehanteerd om patiënten in te delen naar zorgfuncties en –klassen meegenomen worden.

[27] Zie NZa-Beleidsregel generalistische basis-GGZ (BR/CU-5091).

De ontwikkeling van uniforme indicatoren is een soortgelijk proces zoals dit ook bij de basis GGZ is doorlopen. Bij de basis GGZ is in samenwerking met het veld gekozen voor een aantal indicatoren die de ernst van de klachten, het tijdsbeloop, de complexiteit en het risico op verslechtering beschrijven. De totaalscore van deze indicatoren geven aan in welk zorgzwaartepakket de patiënt gaat vallen. Aanvullende indicatoren voor wijkverpleging kunnen bijvoorbeeld zelfredzaamheid en omgevingsfactoren in de thuissituatie zijn.

Zorgpakketten wijkverpleging
De inhoud van de aanspraak wijkverpleging wordt neergelegd in verschillende te ontwikkelen zorgpakketten. De huidige aanspraak op AWBZ-functies Verpleging en Persoonlijke Verzorging worden geïndiceerd in verschillende klassen waarmee de zorgzwaarte wordt uitgedrukt. Een cliënt heeft bijvoorbeeld aanspraak op zorg zoals beschreven in klasse 3 'verpleging', wat binnen de indicatiesystematiek neerkomt op 4 - 6,9 uur verpleging per week.
In de nieuwe bekostiging wordt aan de hand van de zorgzwaarte van de patiënt een zorgpakket geïndiceerd. Deze prestatie wordt vervolgens gedeclareerd voor het totaal van geleverde zorg in een bepaalde periode. De nieuwe zorgpakketten zullen een grotere bandbreedte kennen dan de huidige AWBZ-klassen. Deze grotere bandbreedte maakt upcoding moeilijker verdedigbaar door de zorgaanbieder. Echter, upcoding is altijd een risico als de bekostiging is opgedeeld in verschillende categorieën.

Onderdeel van het ontwikkelingstraject van de nieuwe zorgpakketten is een analyse van de verdeling van huidige indicaties voor de functies en klassen binnen de huidige extramurale AWBZ-functies. Bij deze analyse zal een beeld ontstaan van de huidige zorgbehoefte van de landelijke cliëntenpopulatie. Deze analyse kan worden gebaseerd op de registratie van indicaties die door het CIZ in de afgelopen jaren zijn afgegeven en de gegevens van instellingen in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) over de afgelopen jaren. De nieuw te ontwikkelen prestaties worden bij voorkeur rondom de zwaartepunten uit de analyse vormgegeven. Daarbij dient tevens de nieuwe aard en doelstelling van de aanspraak wijkverpleging in de Zvw te worden betrokken.

De prestaties voor zorgpakketten moeten herkenbaar zijn, met een zo groot mogelijke kostenhomogeniteit. De duur van de zorg geleverd uit een pakket en de intensiteit van de zorg in een bepaald pakket moeten vergelijkbaar zijn voor alle patiënten binnen dit pakket. Om de haalbaarheid van het ontwikkelen van eenvoudige prestaties voor wijkverpleging te toetsen is Bureau HHM, in opdracht van de NZa, in oktober 2013 een kort haalbaarheidsonderzoek gestart. De resultaten hiervan worden begin december 2013 verwacht.

Bij de vormgeving van zorgpakketten is sprake van een classificatiesysteem dan van vastomlijnde prestatiebeschrijvingen. Verzekeraar en aanbieder kunnen in de inkoopafspraken nader vorm geven aan de precieze levering van zorg. Een classificatiesysteem zorgt ervoor dat de beschikbaarheid van informatie op patiëntniveau voor diverse beheersingstaken door verzekeraar en overheid geborgd blijft. Indien prestaties en tarieven volledig vrij worden gelaten dienen hiervoor aanvullende randvoorwaarden te worden ontwikkeld, zoals omschreven in par. 3.4.

5.1.2 Het bekostigingsmodel in drie lagen

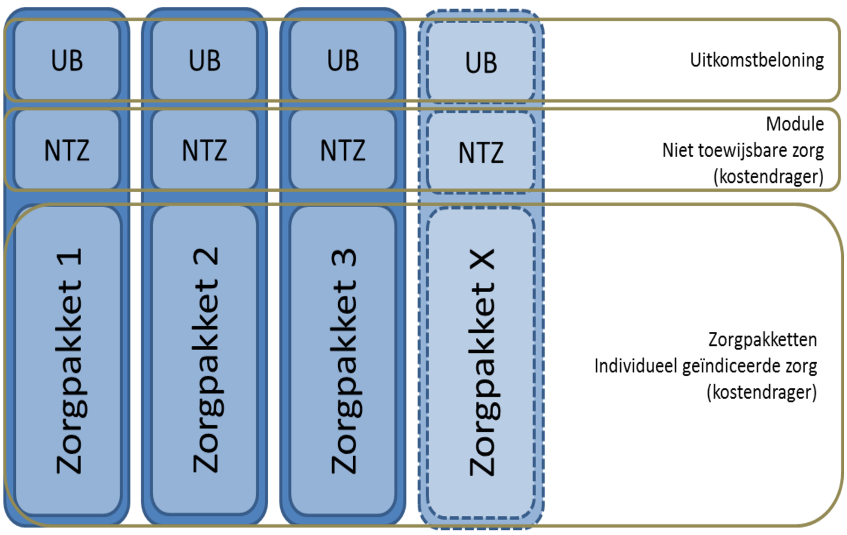
In dit bekostigingsmodel zijn de patiëntvolgende zorgpakketten samengestelde prestaties. Door middel van flexibele tariefstelling kan

samenwerking met overige beroepsgroepen, regionale variatie en kwaliteitsbevordering worden gefaciliteerd. In het hier voorgestelde bekostigingsmodel kennen de zorgpakketen een basislaag die kosten van de 'reguliere' zorglevering financiert en die de basisbeschikbaarheid regelt. Daarbovenop bestaat de mogelijkheid om in afstemming met de zorgverzekeraar aanvullende modules op deze basistarieven overeen te komen voor niet toewijsbare zorg. Deze zorg betreft, zoals gedefinieerd in hoofdstuk 2 en 3, coördinerende, regisserende en signalerende activiteiten van een (wijk)verpleegkundige voor zover deze niet te koppelen zijn aan één specifieke patiënt. Tevens wordt bovemop de basisprestatie een module mogelijk gemaakt voor uitkomstbeloning, waarmee financiële prikkels worden ingebouwd voor kwaliteitsbevordering.

Opbouw tarief:
- Een basislaag met zorgpakketten waarin de individueel geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg is vervat. Deze laag kent in eerste instantie een maximumtarief die voor een individuele zorgtraject.
- Een module aanvullend op de tarieven voor zorgpakketten die de bekostiging van taken van de verpleegkundigen mogelijk maken die niet direct aan een individueel zorgtraject te koppelen zijn. Deze module voor niet toewijsbare zorg kan in rekening worden gebracht als zorgverzekeraar en zorgaanbieder hier een overeenkomst voor sluiten.
- Een vrije laag waarin verzekeraars de ruimte hebben om aanvullende beloningen af te spreken voor kwaliteitsverschillen en gewenste uitkomsten.

De tariefstelling is voor iedere laag ingericht zodat vergoeding wordt gegeven voor een gemiddelde patiënt in de betreffende productgroep. Dat neemt niet weg dat er patiënten zijn waarvan de kosten van dit gemiddelde afwijken.

Figuur 6. Opbouw tarief wijkverpleging



Laag 1 – Zorgpakketten
In deze laag wordt het geheel aan wijkverpleging bekostigd dat gekoppeld kan worden aan de geïndiceerde zorgvraag van een individuele patiënt. Hierin worden zowel de face-to-face-contacten als het werk 'achter de schermen' en de bijbehorende overhead bekostigd. Het tarief voor deze pakketten wordt per periode door de zorgaanbieder rechtstreeks in rekening gebracht bij de patiënt dan wel diens zorgverzekeraar conform alle overige vormen van prestatiebekostiging.

Eén van de kenmerken van verpleegkundige zorg is dat de intensiteit van de benodigde zorg sterk kan variëren gedurende de looptijd. Verpleegkundige zorg als verlengstuk van medisch specialistisch handelen is veelal kortdurend en intensief, terwijl vele vormen van ouderenzorg langdurig maar minder arbeidsintensief zijn of minder tijd per week betreft. Het vaststellen van een benodigd pakket per jaar per patiënt is daarmee problematisch. Dit probleem kan worden ondervangen door de prestaties en tarieven in periodes van bijvoorbeeld een maand vast te stellen. Het zorgpakket krijgt daarmee het karakter van een maandabonnement op wijkverpleegkundige zorg. Verschuiving tussen de pakketten, indien de zorgzwaarte af- of toeneemt, wordt daarmee ook eenvoudiger. Echter, hoe korter de tijdsspanne tussen de declaraties, hoe meer vergoeding wordt toegekend voor voortgezette behandeling. Dit prikkelt minder tot een zo doelmatig mogelijke behandeling. Bij de vaststelling van de periode waarvoor de prestatie geldt, moet een balans gevonden worden tussen beiden zaken.

Gelet op de tariefgereguleerde omgeving in de AWBZ van waaruit de wijkverpleging wordt overgeheveld en het feit dat verzekeraars de eerste jaren niet (volledig) risicodragend zijn, ligt het in eerste instantie voor de hand om de tarieven in deze laag te reguleren door middel van een maximumtarief. Dit geeft de wijkverpleging een gelijksoortige tariefopbouw als de huisartsenzorg, waarin ook het basisdeel van de zorg gereguleerd is. Het maximumtarief geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om ook in het basisdeel van de zorg onderscheid te maken in tarifering tussen verschillende zorgaanbieders.

Regulering van de tarieven is voor de korte termijn (tot verzekeraars (volledig) risicodragend worden) tevens een belangrijk onderdeel van de kostenbeheersing. Op termijn kan overwogen worden om de tarieven in dit deel van de zorg vrij te geven, maar hier zal een separate analyse van de markt vooraf aan moeten gaan.

Laag 2 - Opslag 'niet toewijsbare zorg'
Prestatiebekostiging is binnen de Zvw een voor de hand liggende optie daar waar de benodigde zorg vooraf geïndiceerd is en met behulp van bijvoorbeeld een zorgplan vorm kan worden gegeven in een zorgtraject. Niet alle taken die een (wijk)verpleegkundige uitvoert zijn echter te koppelen aan een op één individu terug te voeren zorgtraject. Denk hierbij aan de wijkgerichte, signalerende taken van de (wijk)verpleegkundige die niet te koppelen zijn aan een specifieke patiënt. Dit is bij uitstek een vrije functie die door (wijk)verpleegkundigen wordt ingevuld voordat daadwerkelijk geïndiceerde zorg wordt geleverd.

Binnen het model van prestatiebekostiging wordt deze functie vanuit de zorgpakketten bekostigd. Bovenop het maximumtarief dat voor de geïndiceerde zorgvraag (en de reguliere bijbehorende overhead) dekt, wordt de mogelijkheid geboden om een aanvullende module overeen te komen. Binnen deze module kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanvullende afspraken maken over de bekostiging van de 'niet toewijsbare zorg' door een specifieke aanbieder in een specifieke regio. Een zorgaanbieder krijgt daarmee *via de individueel geïndiceerde zorgtrajecten* een groter bedrag ter beschikking dan noodzakelijk is voor de levering van deze individuele trajecten. De extra te besteden middelen kunnen worden aangewend om de niet toewijsbare zorg te bekostigen.

Zorg die niet toewijsbaar is, wordt geleverd ten behoeve van mensen die veelal later in zorg worden genomen. Er is dus een verband tussen de

kosten van de niet toewijsbare zorg en de prestaties die worden vergoed via de zorgpakketten. In hoofdstuk 6 gaan we nader in op dit onderwerp.

Voor de module voor niet toewijsbare zorg kan een maximumtarief worden vastgesteld, waarmee de landelijk beschikbare middelen voor de wijkverpleging tot uiting komen. Een vrij tarief voor deze module is ook mogelijk, waarmee meer uiting wordt gegeven aan de bekostiging van regionale differentiatie die kenmerkend is voor de inzet van niet toewijsbare zorg.

Laag 3 – Uitkomstbeloning
Een belangrijk deel van de visie op de eerstelijnszorg zoals deze door de minister is geschetst, is de onderlinge samenwerking en integrale zorgverlening tussen verschillende aanbieders binnen de eerste lijn en ook daarbuiten. In het bekostigingsmodel is ruimte nodig voor zorgaanbieders en verzekeraars om deze samenwerking en integraliteit te versterken.

Bij uitkomstbeloning kunnen partijen in een vrije ruimte afspraken maken om multidisciplinaire samenwerking en het voldoen aan kwaliteitscriteria te stimuleren. Of beter nog: belonen voor goede zorguitkomsten die het resultaat zijn van goede samenwerking. In beide gevallen is een mate van flexibiliteit in de tarieven voor de prestaties gewenst om goede resultaten te belonen Dit kan middels aanvullende modules met een maximum of vrij tarief bovenop de bestaande prestaties. Deze modules kunnen tussen aanbieder en verzekeraar overeengekomen worden als aan voorwaarden voldaan wordt die de zorgverzekeraar formuleert.

De bekostiging in deze laag is vergelijkbaar met de wijze waarop uitkomstbekostiging in de toekomstige huisartsenbekostiging zal worden vormgegeven. Deze analogie maakt het ook mogelijk voor zorgverzekeraars om afspraken te maken met zowel huisartsen als (wijk)verpleegkundigen over dezelfde onderwerpen en gelijksoortige beloningsstructuren op te zetten. De samenhang tussen de huisartsenbekostiging en de bekostiging voor wijkverpleging wordt daarmee gevormd door een gezamenlijk financieel belang voor beide zorgaanbieders bij dezelfde zorguitkomsten. Deze bekostigingslaag kan overigens niet enkel worden ingezet voor samenwerking tussen huisarts en (wijk)verpleegkundige, maar dient juist om verregaande samenwerking tussen deze zorgaanbieders en zorgverleners binnen het Wmo- en Wlz-domein mogelijk te maken. Daarnaast kan deze laag door zorgverzekeraars worden benut om kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders te belonen.

5.1.3 Vrije prestaties en tarieven

Zoals in par. 3.4 beschreven is op termijn (bij volledige risicodragendheid) deregulering mogelijk. Om de vrijheid voor partijen in de zorginkoop zoveel mogelijk te bevorderen is het mogelijk in plaats van gereguleerde prestaties en tarieven, vrije prestaties en tarieven mogelijk te maken bij volledige risicodragendheid van verzekeraars.

Deregulering kan ook stapsgewijs worden bereikt. Een mogelijkheid hiervoor is door bijvoorbeeld in aanvulling op gereguleerde prestaties, een vrije prestatie met vrij tarief te introduceren. Dit bevordert reeds de vrijheid in de zorginkoop. Een verzekeraar kan in zijn inkoop kiezen of hij gebruik maakt van het gereguleerde systeem (de ‘default’), of in plaats daarvan alternatieve inkoop vormgeeft via de vrije prestatie en tarief. Een dergelijk model behoeft nog nadere uitwerking.

5.2 Mogelijke effecten en aandachtspunten

In deze paragraaf geven wij een overzicht van enkele effecten en aandachtspunten die passen bij het model zoals beschreven in 5.1. Hierdoor ontstaat een beeld van de voor- en nadelen van deze vorm van prestatiebekostiging.

5.2.1 Kwaliteit, transparantie en doelmatigheid

Dit model is in de basis een prestatiesystematiek die primair beloont om zorg te verlenen. De prikkel tot het verlenen van meer zorg per patiënt is echter ingeperkt door de samenstelling van de prestaties. Upcoding is moeilijker uit te leggen als het zorginhoudelijke verschil tussen de prestaties groot is. Zodra een patiënt duidelijk binnen één te declareren zorgpakket valt, heeft de zorgaanbieder juist een financieel belang om de zorg zo doelmatig en efficiënt mogelijk in te zetten.

Zolang sprake is van een flexibel tarief heeft de zorgverzekeraar de ruimte om te belonen op basis van kwaliteit. De mogelijkheden en knelpunten zijn hier gelijk aan de overige sectoren binnen de Zvw. De bekostigingssystematiek kan enigszins sturing bieden in de wijze waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de kwaliteit, door de overeen te komen plusmodules te benoemen.

5.2.2 Toegankelijkheid en keuzevrijheid

Toegankelijkheid (voor patiënten en voor nieuwe aanbieders) en keuzevrijheid worden niet gehinderd door prestatiebekostiging. In het voorgestelde model wordt de totale wijkverpleegkundige zorgbehoefte bekostigd door middel van de zorgpakketten. Dat betekent dat een zorgaanbieder in staat moet zijn om het totale pakket aan wijkverpleging te kunnen leveren, alvorens tot declaratie wordt overgegaan. Niet iedere aanbieder die geïndiceerde zorg levert die in laag 1 wordt bekostigd hoeft een module overeen te komen om ‘niet toewijsbare zorg’ te leveren. Echter, een aanbieder die ’niet toewijsbare zorg’ levert, moet binnen dit model ook geïndiceerde zorg leveren.

5.2.3 Macro budgettaire beheersbaarheid

Iedere vorm van prestatiebekostiging kent een risico op het vlak van macro budgettaire beheersbaarheid. Voor de zorgaanbieder blijft het met elke vorm van prestatiebekostiging lucratief om meer patiënten te behandelen. Dit gegeven, gecombineerd met de constatering dat de CIZ-indicatie per 2015 niet meer van toepassing is en dat (wijk)verpleegkundigen zelf indiceren welke zorg benodigd is, maakt dat dit model een risico in zich draagt van macro-volumegroei. De introductie van dit model per 2015 vereist daarmee ook dat zorgverzekeraars voldoende op hun taken zijn berekend en via kritische zorginkoop en polisvoorwaarden voldoende tegenwicht kunnen bieden. Zoals in par. 3.4.2 uiteengezet bestaan er verschillende aanvullende maatregelen voor macro budgettaire beheersing.

Een belangrijke ontwikkeling die van invloed kan zijn op de macrokosten is de extramuralisering in de AWBZ en GGZ. Hierdoor komen in potentie meer patiënten in extramurale zorgvormen terecht, hetgeen leidt tot meer volume en daardoor hogere uitgaven. Het wordt lastig om onderscheid te maken tussen de trend van extramuralisering en mogelijke gestuurde volumegroei door de aanbieder.

5.2.4 Speelveld van aanbieders

De introductie van prestatiebekostiging hoeft niets te wijzigen aan de samenstelling van het huidige speelveld en maakt nieuwe toetreding mogelijk.

5.2.5 Concurrentie tussen verzekeraars

Prestatiebekostiging ten algemene is een model dat past bij concurrerende zorgverzekeraars. De mate waarin deze concurrentie plaatsvindt of moet plaatsvinden is en wordt niet voorgeschreven in de Zvw.

Voor de basisprestaties wijkverpleging lijkt inkoop door concurrerende zorgverzekeraars geen probleem. Echter, met name de module ’niet toewijsbare zorg’ vraagt wellicht meer om een gezamenlijke aanpak van lokale problematiek dan om concurrerende zorgverzekeraars met ieder een eigen strategie. Zoals in par. 3.1 beschreven is moet voor dit deel van de wijkverpleging worden voorkomen dat de collectieve taken in de wijk niet door (alle) zorgverzekeraars worden ingekocht. Dit heeft tot gevolg dat collectieve inkoop noodzakelijk is.

5.2.6 Onafhankelijkheid (wijk)verpleegkundige

In het hier voorgelegde bekostigingsmodel is de beschikbaarheid van de niet toewijsbare zorg deels afhankelijk van het volume dat via de prestaties wijkverpleging wordt gegenereerd. Om de beschikbaarheid voldoende te waarborgen, moeten zorgverzekeraars en aanbieders goede afspraken maken rondom de individuele zorgpakketten en de samenhang met de niet toewijsbare zorg. In de aanspraak moet daarnaast voldoende duidelijk worden wat van de verzekeraar mag worden verwacht op dit gebied.

5.2.7 Positie van de verzekerde/patiënt

De verzekerde/patiënt heeft binnen dit model dezelfde positie als binnen alle overige zorgmarkten binnen de Zvw. Zij worden verondersteld te kiezen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Keuzevrijheid voor de verzekerde/patiënt is daarbij een voorwaarde en goed mogelijk in een systeem van prestatiebekostiging.

5.2.8 Substitutie van zorg

Prestatiebekostiging kan de zorgaanbieder een prikkel geven om zorg naar zich toe te trekken. Dit kan ook zorg vanuit andere, duurdere domeinen zijn. Een zorgverzekeraar kan de flexibiliteit in de tarieven hanteren om hier aanvullende afspraken met de aanbieder over te maken. Daardoor kan de zorgverzekeraar sturend optreden om substitutie te bevorderen.

5.2.9 Samenwerking met/aansluiting op het sociale domein

Over de samenwerking met het sociale domein kan de verzekeraar afspraken maken met de zorgaanbieders, die tot financiële compensatie van aanvullende inspanningen kunnen leiden via laag 2 en 3. Zie hierover par. 5.1.2. Afspraken tussen zorgverzekeraars en gemeenten over de samenwerking zijn van groot belang. Zoals in hoofdstuk 3 is aangegeven kunnen, in aansluiting op de aanspraak, in de zorglevering afspraken worden gemaakt over de samenwerking met aanbieders in het sociale domein. Zowel in laag 2, in de levering van niet toewijsbare zorg, komt dit tot uiting, als in laag 3 waarin afspraken worden gemaakt over

de uitkomsten. Samenwerking kan hierbij een van de toetsingsindicatoren zijn.

5.2.10 Administratieve lasten

Als gevolg van het samenstellen van pakketten van wijkverpleegkundige zorg in verschillende zorgzwaartes kunnen de administratieve lasten voor de aanbieder en verzekeraar zoveel mogelijk beperkt worden. Het is voor de NZa echter niet goed te bepalen welke registratie zorgaanbieders en verzekeraars nodig hebben voor het uitvoeren van hun taken. Het precieze effect op de administratieve lasten is dan ook niet goed te bepalen.

5.2.11 Risicodragendheid zorgverzekeraars in de risicoverevening

De risicoverevening is vanaf 2017 conform de overige eerstelijnszorg georganiseerd. De zorgverzekeraar wordt ex ante gecompenseerd voor zorgzwaarte van zijn verzekerdenpopulatie en loopt vervolgens 100% risico op de te vergoeden zorg. De verzekeraar heeft hiermee de prikkel om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen of zelfs af te wentelen. Dit laatste is voor wijkverpleging een reëel risico omdat afwenteling richting Wmo een direct korte termijn voordeel voor de zorgverzekeraar kan opleveren. Ook dit maakt goede afspraken tussen zorgverzekeraars en gemeenten noodzakelijk om het systeem naar behoren te laten functioneren.

Tot 2017 wordt de zorgverzekeraar 100% ex post via de risicoverevening gecompenseerd. Hier ontstaat de situatie dat de zorgverzekeraar nog geen korte termijn prikkel heeft om doelmatig in te kopen. Omdat de zorgverzekeraars binnen twee jaar al volledig risicodragend zijn, is de verwachting dat zorgverzekeraars vanaf de overheveling zich zullen inspannen om de zorginkoop zo scherp mogelijk in te richten.

5.2.12 Risico’s toezichtbaarheid

We hebben de contouren van het bekostigingsmodel op basis van prestatiebekostiging nog slechts in grote lijnen in beeld. Dat geldt daarmee ook voor de toezichtaspecten.

Het grootste risico wordt in dit model het voorkomen van ‘upcoden’. De systematiek kent een prikkel om zoveel als mogelijk zwaardere pakketten te leveren dan voor de zorgbehoefte noodzakelijk zou zijn, omdat de tarieven hiervoor hoger zijn. Met de opbouw van de verschillende pakketten, een goede omschrijving van de profielen van zorgzwaarte per pakket, en eventueel aanvullende regelgeving moet deze upcoding zoveel mogelijk worden voorkomen.

De toegang tot de pakketten wordt bepaald door vooraf patiëntprofielen of zorgzwaarteprofielen vast te stellen. Hierdoor is het controleerbaar of een bepaald type patiënt het juiste pakket aan zorg ontvangt.

Een risico is tevens te weinig coördinatie tussen de wijkverpleging, de overige zorg in de Zvw en de zorg- en dienstverlening buiten het Zvw domein waardoor de informatievoorziening aan de patiënt en dossiervorming tekortschiet.

5.3 Bredere aanspraak persoonlijke verzorging

De essentie van de voorstellen voor bekostiging op basis van patiëntvolgende zorgpakketten blijven naar de mening van de NZa gelijk als een bredere aanspraak voor Persoonlijke Verzorging binnen de Zvw bestaat. De NZa verwacht wel een groter aantal zorgpakketten. Ten eerste afzonderlijke pakketten voor persoonlijke verzorging, maar ook meer gecombineerde pakketten. Er zijn immers twee variabelen die moeten leiden tot een integraal pakket. Gezien de toename van middelen ten opzichte van de aanspraak wijkverpleging is budgettaire beheersing van toenemend belang. Risicodragendheid van zorgverzekeraars is hiervoor de beste methode.

5.4 Conclusie

Deze bekostigingsvariant is gebaseerd op patiëntvolgende zorgpakketten wijkverpleging die op patiëntniveau worden gedeclareerd conform de principes van prestatiebekostiging. Prestatiebekostiging leent zich goed als methode voor bekostiging, omdat de kosten verbonden aan deze zorg een sterk variabel karakter hebben. Hoe meer zorg wordt geleverd des te hoger de kosten. Anders gezegd, de kosten van een zorgaanbieder nemen af naarmate de omvang van de zorgverlening vermindert.

De zorgpakketten variëren naar zorgzwaarte van de patiënt en bevatten een totaalpakket aan wijkverpleging. Dit tarief bestaat uit twee lagen: een basislaag voor het zorgpakket dat het individuele zorgtraject kt en een aanvullende module voor niet toewijsbare zorg. Ook dit model kent een aanvullende laag met een tarief voor uitkomstbeloning.

Deze variant maakt eenvoudige bekostiging mogelijk, gebaseerd op een beperkt aantal prestaties die op patiëntniveau in rekening kunnen worden gebracht. De zorginkoop door zorgverzekeraars, concurrentie tussen zorgaanbieders en keuzevrijheid van verzekerden zijn daarmee gelijk aan de overige vormen van eerstelijnszorg. Het model stelt zorgaanbieders en verzekeraars in staat om aanvullende afspraken te maken over de verdere ontwikkeling van kwaliteit en volume van de wijkverpleging met bijbehorende schakeltaken en multidisciplinaire samenwerking. Door de overlap van met de bekostigingssystematiek van de huisartsenbekostiging kan een verdere stap worden gezet door zorgverzekeraars richting een eerstelijns brede zorginkoop.

Een kenmerk van deze bekostigingsvariant is dat de kostenvergoeding voor de niet toewijsbare zorg direct is gekoppeld aan de vergoeding van de individueel geïndiceerde wijkverpleging. Dit heeft als voordeel dat de bekostiging de integraliteit van het (wijk)verpleegkundige vakgebied volgt, maar als nadeel dat het separaat toerekenen van de macrokosten voor de niet toewijsbare zorg loopt via volumeafspraken binnen het individueel geïndiceerde segment.

Het vaststellen van een eenvoudige prestatiestructuur met tarieven en bijbehorende indicatoren vergt nader onderzoek. Daarmee is een reëel risico voor dit traject dat invoering van deze bekostigingssystematiek per 1 januari 2015 te vroeg is, afhankelijk van eventuele knelpunten bij de verdere ontwikkeling van prestaties. In 2015 en 2016 (wanneer verzekeraars nog niet (volledig) risicodragend zijn) bestaat een risico op volumegroei indien niet in een aanvullend systeem van macrokostenbeheersing wordt voorzien.

Het ligt in eerste instantie voor de hand om de tarieven in laag 1 te reguleren door middel van een maximumtarief. Het maximumtarief geeft

enige macrobeheersing en geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om ook in het basisdeel van de zorg onderscheid te maken in tarifering tussen verschillende zorgaanbieders. Op termijn kan overwogen worden om de tarieven in dit deel van de zorg vrij te geven, maar hier zal een separate analyse van de markt vooraf aan moeten gaan.

Wanneer we de beleidsmatige uitgangspunten van het ministerie van VWS voor de toekomstige bekostigingssystematiek bekijken, kunnen we het volgende constateren over dit bekostigingsmodel.
Het populatiegebonden gedeelte van de bekostiging komt tot uiting door de aanvullende afspraken die kunnen worden gemaakt in de lagen 2 en 3 afhankelijk van de populatie in te vullen. In deze lagen is ook ruimte voor het tweede uitgangspunt: dat binnen de bekostiging ruimte dient te zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten. Ook voor dit model geldt dat (zoals al beschreven in hoofdstuk 4) het goed functioneren van de modules afhankelijk is van de doorontwikkeling van uitkomstindicatoren.

De door het ministerie geformuleerde doelstelling om de volumeprikkel weg te nemen, komt tevens tot uiting via dit model. Iedere vorm van prestatiebekostiging kent een volumeprikkel en een risico tot upcoding. Omdat gekozen is voor het vaststellen van prestaties in de vorm van zorgpakketten in plaats van het huidige 'uurtje-factuurtje' model, wordt een deel van de huidige volumeprikkel weggenomen. Het goed functioneren van dit model is echter afhankelijk van een zorgvuldig inkopende zorgverzekeraar.

Het ministerie formuleerde de wens om een verschuiving te bevorderen van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg en van specialistische zorg naar minder complexe zorg. De volumeprikkel binnen de eerste lijn zorgt voor een prikkel tot verschuiving van specialistische zorg naar minder complexe zorg, maar zorgt ook voor een prikkel voor de aanbieder om een patiënt "in zorg" te nemen. Wederom moet een zorgvuldig inkopende zorgverzekeraar hier tegenwicht bieden.

Tot slot zou de samenwerking tussen de eerstelijns zorgaanbieders en aanbieders in het sociale domein bij voorkeur een plek moeten krijgen in de bekostiging. In het voorgestelde model is er ruimte voor deze samenwerking in zowel laag 2 als laag 3. In deze modules kunnen afspraken gemaakt worden voor deze samenwerking en voor de resultaten uit deze samenwerking.

6. Uitkomsten consultatie

Op 17 september heeft de NZa een consultatiedocument besproken met veldpartijen. Het consultatiedocument omvatte concepten van de hoofdstukken 1 t/m 5 van dit advies. De hoofdstukken 7 en 8 in dit advies zijn niet meegenomen in de consultatie.

Dit hoofdstuk bevat een weergave van de reacties van de partijen die hebben deelgenomen aan de consultatie. De belangrijkste focus in de consultatie was het reflecteren op beide hoofdmodellen, populatiebekostiging en prestatiebekostiging. In dit hoofdstuk zijn vooral de reacties beschreven die betrekking hebben op de hoofdlijnen van de advisering door de NZa. In bijlage 6 is een uitgebreide samenvatting opgenomen van alle reacties en is aangegeven wat met meer tekstuele punten is gedaan.[28]

6.1 Hoofdlijnen consultatie

De uitkomsten van de consultatie zijn in drie afzonderlijke deelparagrafen weergegeven. De eerste paragraaf geeft weer welke aandachtspunten partijen hebben aangegeven bij het uitwerken en implementeren van de nieuwe bekostiging. In de tweede paragraaf zijn de voorkeuren opgenomen die de veldpartijen hebben uitgesproken voor de verschillende eindmodellen. Tot slot hebben een aantal partijen een concreet voorstel gedaan voor een combinatie van populatiebekostiging en prestatiebekostiging: een hybridemodel. Dit model is beschreven in de derde paragraaf.

6.1.1 Aandachtspunten implementatie nieuwe bekostiging

Een groot deel van de partijen vraagt aandacht voor de samenhang tussen verpleging en persoonlijke verzorging. Zij geven aan dit een cruciaal punt te vinden in de toekomst van de eerstelijnszorg. Deze discussie bevindt zich niet binnen de taken- en verantwoordelijkheden van de NZa. In het advies is per bekostigingsmodel wel een bondige beschouwing gegeven op de effecten van het verbreden van de aanspraak binnen de Zvw met persoonlijke verzorging.

Uit de consultatiereacties blijkt consensus te bestaan dat overheveling naar de Zvw per 2015 wenselijk is. Tegelijkertijd verwachten partijen dat de uitwerking en implementatie van het nieuwe bekostigingssysteem meer tijd nodig heeft. Partijen pleiten voor het niet overhaast invoeren van het nieuwe bekostigingsmodel. Een optie is om met een tussenvariant te beginnen en op een later moment over te schakelen naar het eindmodel. De NZa heeft in hoofdstuk 8, op verzoek van de minister, uitgewerkt hoe de bekostiging eruit kan zien, als het eindmodel nog niet implementeerbaar is op het moment van overheveling.

In veel reacties wordt aandacht gevraagd voor de gehanteerde terminologie. Vandaar dat de NZa consequent spreekt van de bekostiging van wijkverpleging.

---

[28] Op de website van de NZa zijn alle consultatiereactie integraal te vinden: http://www.nza.nl/104107/105763/905190/Overzicht_reacties_consultatiedocument_overheveling_extramurale_verpleging_2013.pdf.

Verschillende partijen hebben aangegeven dat de administratieve afhandeling van declaraties in NZa-prestaties (bijv. VP-extra, VP-speciaal) niet overeenkomt met de daadwerkelijke praktijk van aanbieders. Hetzelfde geldt voor CIZ-indicaties. Zij vragen de NZa daarom om terughoudend te zijn om bij het ontwerp van de nieuwe bekostiging alleen uit te gaan van de bestaande data. Wij zijn ons bewust van de beperkingen van de bestaande data en onderschrijven de noodzaak om bij het creëren van de prestaties zoveel als mogelijk aan te sluiten bij de verpleegkundige en verzorgende praktijk. De genoemde data zullen echter van groot belang blijven bij de berekening van tarieven.

6.1.2 Voorkeuren beschreven modellen

In het algemeen constateren veldpartijen dat de beschreven modellen twee uitersten zijn op een continuüm. Zij denken dat in de praktijk een tussenweg gevonden moet worden. Een aantal partijen (met name aanbieders) is van mening dat de voordelen van populatiebekostiging (zoals beschreven door de NZa) niet opwegen tegen de nadelen van een systeemverandering en er daarom vooral gekeken moet worden naar prestatiebekostiging. De meeste partijen zien grote voordelen in een systeem waarin prestatiebekostiging wordt aangevuld met elementen van populatiebekostiging.

Geen van de partijen pleit voor de invoering van populatiebekostiging in de pure vorm. In een aantal specifieke reacties wordt gesteld dat het veld nog niet klaar is voor populatiebekostiging. Zo koppelen sommige partijen de mogelijkheid voor populatiebekostiging aan het implementeren van uitkomstbekostiging. Dat laatste lijkt op korte termijn nog niet mogelijk, waarmee populatiebekostiging volgens de partijen geen reële optie is voor de korte termijn.

Verschillende partijen vragen de NZa om voor de populatiebekostiging(elementen) niet uit te gaan van een bedrag per verzekerde, maar van een meer wijkgerichte benadering. Dit is volgens de NZa niet mogelijk als betaaltitel.[29] Wel beschikken verzekeraars in zekere zin over populatiegebonden budgetten. Het is voor verzekeraars namelijk mogelijk om op basis van de gegevens over hun verzekerden en hun schadelast te bepalen hoeveel middelen beschikbaar zijn voor de levering van wijkverpleegkundige zorg aan een bepaalde populatie. De NZa is van mening dat een wijkgerichte benadering via deze weg goed past bij zowel populatiebekostiging als prestatiebekostiging. Cruciaal is dat verzekeraars de zorg per wijk inkopen en daarin afspraken maken met zowel zorgverzekeraars onderling als met gemeentes en huisartsen.

Een groot aantal partijen ziet voordelen in een mengvorm van beide beschreven eindmodellen; een zogenaamd ‘hybride model’. Een aantal verzekeraars heeft hiervoor een concreet voorstel gedaan. De NZa heeft op 28 oktober een werkbijeenkomst georganiseerd om een dergelijk model samen met veldpartijen nader te verkennen.

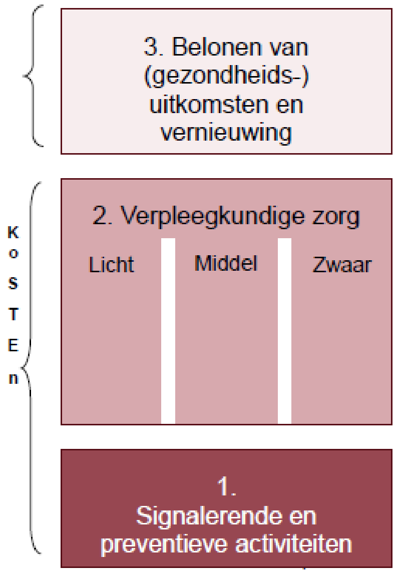
---

[29] Zie voor een nadere motivatie van de keuzes van de NZa paragraaf 4.2.

6.1.3 Hybride model

Het door diverse partijen voorgestelde hybride model kent in essentie drie lagen:
- 1. Populatiebekostiging: signalerende en preventieve activiteiten;
- 2. Prestatiebekostiging: verpleegkundige en verzorgende zorg(activiteiten);
- 3. Uitkomstbekostiging: belonen van uitkomsten.

Figuur 7. Hybride model



Het model is door ZN in haar reactie op het consultatie-document visueel weergegeven in nevenstaand figuur.

Hieronder zijn de lagen bondig toegelicht. De beschrijvingen zijn gebaseerd op de reacties van enkele veldpartijen op het consultatiedocument, waarbij expliciet wordt ingegaan op de mogelijkheden van een hybridemodel.

Laag 1 - Populatiebekostiging
De eerste laag vormt een vergoeding van de kosten die een (wijk)verpleegkundige maakt voor signalerende en preventieve activiteiten. Het betreffen zaken als 'beschikbaarheid', ruimte voor vraagverheldering en risicosignalering, 24-uurs bereikbaarheid, ruimte voor preventie of pro-actief optreden bij grotere kwetsbaarheid bij chronisch zieken en ouderen, deelname in een sociaal wijkteam, organisatie- en overlegkosten en dergelijke. In essentie gaat het om algehele gezondheidsbevordering van een specifieke gemeenschap, waarvan de kosten moeilijk toe te rekenen zijn aan individuen binnen die gemeenschap, de niet toewijsbare zorg. De wijze van bekostiging is een bedrag per verzekerde. Daarmee komt in een nader te bepalen populatie een totaalbedrag beschikbaar voor de zorg in deze laag.

Laag 2 – Prestatiebekostiging
De bekostiging van de tweede laag betreft een vorm van prestatiebekostiging. De prestatie is het gehele pakket aan verpleegkundige en verzorgende zorg dat een patiënt in een bepaalde periode gebruikt. Het tarief is een vergoeding voor het leveren van het specifieke pakket aan een patiënt. De indicatie voor het benodigde pakket wordt bepaald door de (wijk)verpleegkundige. De precieze vormgeving van de pakketten vraagt nog om nadere verkenning, buiten deze bijeenkomst om. Deze laag kent gereguleerde tarieven per patiënt die de betreffende zorg nodig heeft.

Laag 3 – Uitkomstbekostiging
De derde laag biedt de mogelijkheid om resultaten van geleverde zorg in de eerste en tweede laag te belonen. Hiertoe zal gemonitord moeten worden of patiënten voldoende zorg hebben ontvangen, wat de gezondheidsuitkomsten zijn en of patiënten tevreden zijn over de zorg die ze hebben ontvangen. Ook kan hier goede afstemming tussen de (wijk)verpleegkundige, de huisarts en het sociale domein worden gestimuleerd en beloond (bijv. op basis van vernieuwingsprogramma's waarin huisartsen, wijkverpleging en

welzijnsfuncties binnen het sociaal domein gebiedsgericht samenwerken). Deze laag kent een vrij tarief.

De bespreking in de werkbijeenkomst op 28 oktober jl. maakte duidelijk dat de standpunten van partijen op bepaalde onderdelen verschillen en nog niet uitgekristalliseerd zijn. Dit is met name het geval voor de bekostiging en inkoop van activiteiten rondom indicatiestelling/vraagverheldering en de bekostiging en inkoop van wijkgerichte activiteiten. Tijdens de bijeenkomst ontstond wel een helderder beeld van het onderscheid tussen laag 1 en laag 2. Dit onderscheid is in voorliggend document ook verscherpt, door te spreken over 'niet toewijsbare zorg' waar het de wijkgerichte, preventieve, coördinerende taken van de (wijk)verpleegkundige betreft, die niet zijn toe te rekenen aan individuele cliënten. Daarnaast heeft de NZa door deze bijeenkomst beter zicht gekregen op de onderliggende wensen en zorgen van veldpartijen.

De essentie van het inbrengen van dit model is het verzoek van alle veldpartijen om niet-tot individuen herleidbare kosten (in dit advies wordt gesproken over de 'niet toewijsbare zorg') een expliciete plaats te geven in dit bekostigingsmodel, die losstaat van de geleverde 'productie', maar aanbieders vrijheid geeft om populatiegericht te werk te gaan. Daarbij pleiten zorgaanbieders voor het bij elkaar houden van de patiëntgerichte en de niet toewijsbare zorg (geen knip).

Daarnaast willen verzekeraars voldoende vrijheidsgraden bij het contracteren van deze niet toewijsbare zorg. Verzekeraars verschillen van mening over de wijze waarop deze zorg dient te worden gecontracteerd (bij alle aanbieders of bij een beperktere groep). Dit verschil van mening bestaat zowel op het gebied van het wijkgericht werken als op de indicerende/vraagverhelderende activiteiten. Wij trekken de conclusie dat het model vrijheid moet geven om eigen inkoopbeleid te voeren en regionaal te differentiëren.

6.2 Hybride model versus pure populatie- en prestatiebekostiging

De onderliggende wensen van partijen zijn als volgt samen te vatten:
- Niet toewijsbare zorg helder positioneren, onafhankelijk van de zorgproductie;
- Niet toewijsbare zorg en de patiëntgerichte zorg bij elkaar houden (integrale zorglevering);
- Ruimte voor regionale/lokale differentiatie en differentiatie tussen zorgaanbieders.

6.2.1 Hybride model

Een hybride model slaagt in het faciliteren van de wensen 1 en 3. De niet toewijsbare zorg is als aparte laag expliciet in beeld en losgekoppeld van de omvang van laag 2. Daarnaast geeft dit model vrijheidsgraden in de contractering/inkoop van deze zorg. Het bij elkaar houden van de niet-toewijsbare zorg is in dit model echter niet geborgd. Sterker nog, het model legt een nadrukkelijke knip tussen niet toewijsbare en patiëntgerichte zorg. In het hybride model is het namelijk zelfs mogelijk om partijen te contracteren die enkel niet toewijsbare zorg leveren en de patiëntgerichte zorg bij andere partijen te beleggen.

Belangrijkste nadeel van een hybride model ten opzichte van het prestatie- en populatiebekostigingsmodel is de complexiteit. Twee

bekostigingselementen (een bedrag per verzekerde in laag 1 versus een bedrag per geïncludeerde patiënt in laag 2) compliceren de inkoop, verantwoording en onderhoud van het systeem. De NZa ziet een vrij tarief voor de niet toewijsbare zorg als voorwaarde voor dit model. Alleen op die manier bestaat voldoende ruimte voor maatwerk op lokaal niveau.

Zoals in par. 3.4 beschreven is op termijn (bij volledige risicodragendheid) deregulering mogelijk. Om de vrijheid voor partijen in de zorginkoop zoveel mogelijk te bevorderen is het tevens mogelijk in plaats van gereguleerde prestaties en tarieven in laag 2, vrije prestaties en tarieven mogelijk te maken. Het model zoals geschetst in figuur 7 zou er dan als volg uit kunnen zien:

Figuur 8. Hybride model met vrije prestaties en tarieven



Zoals in par. 5.1.3 geschetst, kan deregulering ook stapsgewijs worden bereikt. Een mogelijkheid hiervoor is door bijvoorbeeld in aanvulling op gereguleerde prestaties, een vrije prestatie met vrij tarief in laag 2 te introduceren. Dit bevordert reeds de vrijheid in de zorginkoop. Een verzekeraar kan in zijn inkoop kiezen of hij gebruik maakt van het gereguleerde systeem (de 'default'), of in plaats daarvan alternatieve inkoop vormgeeft via de vrije prestatie en tarief. Een dergelijk model behoeft nog nadere uitwerking.

6.2.2 Hybride model vs. Prestatiebekostiging

Als de wensen van partijen worden afgezet tegen het pure prestatiebekostigingsmodel, zoals in hoofdstuk 5 beschreven, dan wordt duidelijk dat dit model deels voorziet in wens 1 (positionering van niet-toewijsbare zorg expliciet als module benoemd, wel afhankelijk van de zorgproductie). Dit model biedt daarnaast veel vrijheidsgraden in de contractering van de niet toewijsbare zorg (zowel in hoogte van de vergoeding als in het desgewenst selectief contracteren van deze zorg). Tot slot is de niet toewijsbare zorg en patiëntgerichte zorg in dit model meer met elkaar verbonden.

Het is in dit model niet mogelijk om de niet toewijsbare zorg los van de patiëntgerichte zorg in te kopen. Daarbij zien partijen twee bezwaren. De

bekostiging van niet toewijsbare zorg is daarmee productieafhankelijk, hetgeen een prikkel kan geven tot productie voor de bekostiging van preventieve activiteiten en daarmee minder mogelijkheden biedt voor kleinere aanbieders. Daarnaast betekent bekostiging van de niet toewijsbare zorg via een module op de zorgproductie dat patiënten betalen voor kosten die niet direct aan hen zijn toe te rekenen.

Op beide argumenten zijn wat ons betreft nuances aan te brengen.

Ook voor partijen met een relatief klein marktaandeel is het mogelijk om adequate bekostiging van niet toewijsbare zorg te realiseren. Een verzekeraar kan een dergelijke zorgaanbieder een hoger tarief voor deze module toekennen. Verder heeft een kleinere zorgaanbieder de mogelijkheid om de niet toewijsbare zorg in samenspraak met andere organisaties tot stand te brengen, of in zijn geheel over te laten aan andere partijen. In dat laatste geval betaalt een verzekeraar geen vergoeding aan een aanbieder die deze niet toewijsbare zorg niet levert. Binnen deze module (met een max-max tarief) dient door de NZa wel voldoende ruim te worden gesteld om keuzevrijheid voor verzekeraars te creëren.

Daarnaast is de koppeling van de niet toewijsbare zorg aan de productie niet onlogisch. Een aanbieder die meer zorg levert zal een meer omvangrijk werkgebied hebben en dus meer geld nodig hebben voor de niet toewijsbare zorg. Er is dus ook een verband tussen de kosten voor niet toewijsbare zorg en het verpleegtechnisch handelen voor individuen die zelf zorg gebruiken.

De NZa merkt daarbij op dat in bijna alle zorgmarkten binnen de Zvw de vaste kosten/organisatiekosten worden toegerekend aan de prestaties, als deze verband houden met het leveren van de prestaties. Als voorbeeld: ook in ziekenhuizen is sprake van vaste kosten die niet te allen tijden voor een patiënt worden ingezet. Denk bijvoorbeeld bij SEH-bezoek aan de beschikbaarheid van een OK, MRI-scanner of extra personeel terwijl de patiënt deze niet noodzakelijk gebruikt. Deze vaste kostencomponent is veel hoger (>80%) dan de omvang die wordt geschat bij de niet toewijsbare zorgkosten (<10% van de totale kosten voor wijkverpleging, in ieder geval op korte termijn). Deze kosten worden verdisconteerd in de prestaties en tarieven, omdat ze een onlosmakelijk en cruciaal onderdeel zijn van de acute zorgverlening. Overigens maakt beschrijving van de bekostiging van vaste kosten in andere zorgmarkten ook duidelijk dat er slechts een klein verschil is tussen het hybride model en prestatiebekostiging. In beide modellen is apart en expliciet ruimte voor niet toewijsbare zorg. Bij prestatiebekostiging worden de beschikbare middelen echter omgeslagen over de zorgprestaties, terwijl bij populatiebekostiging deze middelen worden omgeslagen over alle verzekerden.

6.2.3 Hybride model vs. Populatiebekostiging

Als de wensen worden afgezet tegen het pure populatiebekostigingsmodel, zoals in voorliggend advies beschreven, dan wordt duidelijk dat dit model ook voorziet in wens 1 (positionering van niet-toewijsbare zorg is minder expliciet, maar een belangrijk onderdeel in het differentiëren van het populatietarief en is onafhankelijk van de zorgproductie). Dit model biedt daarnaast veel vrijheidsgraden in de contractering. Tot slot is de niet toewijsbare zorg en patiëntgerichte zorg in dit model meer met elkaar verbonden. Het is in dit model niet voor de hand liggend om de niet-toewijsbare zorg en de patiëntgerichte zorg separaat in te kopen. De focus ligt namelijk op de populatie als geheel.

6.3 Conclusie

Het merendeel van de consultatiereacties heeft betrekking op de fasering van de overheveling en het nieuwe bekostigingssysteem. Daarnaast is veel aandacht besteed aan de collectieve signalering en preventie. Tot slot zijn aandachtspunten geformuleerd voor de implementatie van de nieuwe bekostiging. Deze neemt de NZa mee in de verdere uitwerking van de bekostiging op het moment dat het ministerie van VWS een beslissing heeft genomen.

Wat betreft timing en fasering van overheveling en nieuwe bekostigingssysteem wordt verwezen naar hoofdstuk 3 en 7. De NZa adviseert dit element mee te wegen in de besluitvorming.

Een groot aantal partijen ziet voordelen in een mengvorm van beide beschreven eindmodellen, een zogenaamd 'hybride model'. Verdere verkenning van het model maakt duidelijk dat de standpunten en nadere invullingen van partijen op wezenlijke aspecten verschillen. De uitwerking van het hybride model lijkt in veel opzichten op prestatiebekostiging, met enkele accentverschillen op het vlak van de niet toewijsbare zorg.

Het hybride model koppelt de niet toewijsbare zorg meer los van de reguliere zorghandelingen. Verzekeraars kunnen deze laag afzonderlijk inkopen waardoor de beschikbaarheid hiervan meer zichtbaar wordt. Het nadeel is de aanvullende complexiteit van het hybride model; twee bekostigingselementen (een bedrag per verzekerde in laag 1 versus een bedrag per geïncludeerde patiënt in laag 2 met een onderscheidende afbakening) compliceren de inkoop, verantwoording en macrobeheersbaarheid van het systeem. De NZa acht een vrij tarief noodzakelijk voor de bekostiging van de niet toewijsbare zorg in laag 1.

De niet toewijsbare zorg onder het regime van prestatiebekostiging betekent dat de vergoeding van indirecte kosten worden toegerekend aan de zorgprestaties, zoals gebruikelijk binnen de Zvw. Deze oplossing biedt volgens ons voldoende flexibiliteit om de niet-toewijsbare zorg te organiseren, zonder extra administratieve handelingen in het systeem te introduceren. Nadeel is dat voor aanbieders een prikkel kan bestaan om de productie van zorghandelingen op peil te houden om zodoende preventieve activiteiten te kunnen betalen. Deze prikkel kan ook samenwerking tussen aanbieders onderling bemoeilijken.

Het hybride model zal de wensen van verzekeraars en zorgaanbieders niet wezenlijk beter faciliteren, maar wel aanvullende complexiteit in het systeem introduceren, terwijl de nadelen van prestatiebekostiging gemakkelijker ondervangen kunnen worden. Indien vrije tarieven worden geïntroduceerd voor de populatiebekostiging, waarbij verzekeraars vrij zijn vast te stellen voor welk bedrag per verzekerde laag 1 wordt geleverd door een aanbieder, valt een deel van de nadelen weg. De complexiteit van het systeem verschuift mogelijk wel naar de invulling van de vrijheid in de inkoop door verzekeraars.

7. Terugvaloptie

In voorgaande hoofdstukken zijn modellen beschreven voor de nieuwe bekostiging van wijkverpleging in de Zvw. Als blijkt dat de invulling van het nieuwe bekostigingsmodel meer tijd vergt dan beschikbaar is om te komen tot overheveling per 1 januari 2015, wil VWS beschikken over een terugvaloptie. Om die reden wordt de mogelijkheid van een terugvaloptie beschreven waarbij de nieuwe aanspraak wordt bekostigd op basis van de huidige prestaties in de AWBZ en Zvw.

7.1 Uitwerking terugvaloptie

7.1.1 Prestaties

Vanwege de korte realisatietermijn tot de overheveling zouden de bestaande prestaties uit de AWBZ in de Zvw tijdelijk kunnen worden gehanteerd/gecontinueerd. Het betreft de prestaties voor geïndiceerde zorg zoals beschreven in hoofdstuk 2, voor de volgende functies:
- De extramurale verpleging in de AWBZ;
- De extramurale persoonlijke verzorging in de AWBZ;
- De medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) in de Zvw.

Daarnaast wordt verpleegkundige zorg geleverd die op dit moment niet nadrukkelijk in prestaties is gevat. Het betreft o.a. de zorgtaken die de (wijk)verpleegkundige uitvoert in het kader van het programma ‘Zichtbare schakel’. Deze zorg wordt op dit moment grotendeels op tijdelijke basis gefinancierd en geleverd. Met de nieuwe aanspraak wijkverpleging wordt ook deze zorg onderdeel van de Zvw. Dit wil zeggen dat de (wijk)verpleegkundige taken geleverd en gedeclareerd kunnen worden onder de prestatie wijkverpleging. De prestatie omschrijving wordt aangepast op de aanspraak in de Zvw.

Uitzondering hierop zijn (zorg)activiteiten die gericht zijn op de signalering van een hulpbehoefte bij patiënten/cliënten die nog niet in zorg zijn, die geen zorgvraag hebben geuit en die ook niet in alle gevallen in zorg worden genomen[30]. Het betreft veelal een kortdurend contact op initiatief van de (wijk)verpleegkundige vanuit zijn/haar preventieve rol, waarbij vervolgens doorverwijzing kan plaatsvinden naar reguliere zorg-, of hulpverlening. De diensten die in dit kader worden geleverd zijn niet goed toewijsbaar aan cliënten omdat deze soms in maatschappelijk belang worden ingezet, cliënten hiervoor geen zorgvraag hebben geuit en de uiteindelijke hulpbehoefte in sommige gevallen leidt tot toeleiding naar een ander domein (bijvoorbeeld gemeentelijke diensten). De zorgverlener moet echter wel de geleverde diensten kunnen declareren. Voor de bekostiging van deze diensten ligt de keuze voor een methodiek voor de hand waarbij niet wordt gedeclareerd op patiëntniveau. In de volgende paragraaf wordt op de bekostiging van deze diensten, de ‘niet toewijsbare zorg’ nader ingegaan.

[30] Voorbeelden van activiteiten uit het programma ‘Zichtbare schakel’ zijn: het bezoeken van buurthuizen, voorlichtingsbijeenkomsten geven in de wijk, huisbezoeken afleggen en vroegtijdig screenen op risico’s.

7.1.2 Bekostiging van niet toewijsbare zorg

Bij de keuze voor een tijdelijke bekostiging van niet toewijsbare zorg zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- De overheveling vindt budgettair neutraal plaats. Vanaf 2015 worden aanvullende middelen beschikbaar gesteld voor de (wijk)verpleegkundige functie;
- Het betreft een tijdelijke oplossing tot een definitieve bekostiging is vastgesteld;
- De wijze van bekostiging van niet toewijsbare zorg staat een uitvoering in samenhang met de overige wijkverpleging niet in de weg;
- De specifieke invulling van de verpleging, verzorging en de niet toewijsbare diensten wordt in lokaal overleg nader vorm gegeven.

Passend bij bovenstaande punten wordt een tijdelijke bekostigingsvariant voorgesteld, waarbij een module wordt overeengekomen in het tarief van een aanbieder aanvullend op de prestatie wijkverpleging.[31]

7.1.3 Indicatie

Zoals in hoofdstuk 3 beschreven, is het met de nieuwe aanspraak aan de (wijk)verpleegkundige om de behoefte aan (wijk)verpleegkundige zorg te bepalen, de zogenaamde indicatiestelling. Dit betekent dat niet langer sprake is van een indicatiestelling door een onafhankelijk orgaan, wat het risico op upcoding vergroot. Hiertegenover staat meer ruimte voor de (wijk)verpleegkundige, waardoor de vraag en het zorgaanbod optimaal op elkaar afgestemd kan worden.

Van de zorgverzekeraars en de betreffende patiëntengroep zal een zekere mate van controle uitgaan. De zorgverzekeraar heeft de verantwoordelijkheid om te toetsen of hij alleen goede, doelmatige, verzekerde zorg vergoed. Door richtlijnen, standaarden en protocollen op te stellen is de indicatiestelling beter toetsbaar voor de verzekeraar. De daadwerkelijke prikkel voor verzekeraars om te toetsen is beperkt doordat zij tot 2017 nog niet (volledig) financieel risicodragend zijn.

Ondanks genoemde punten zal het risico op volumestijging aanwezig zijn. Dit zal eveneens meegewogen moeten worden in de keuze voor een methode van kostenbeheersing.

7.1.4 Tarief

De tarieven van de huidige prestaties behorend bij verpleging zijn maximumtarieven, zowel in de Zvw als de AWBZ. De keuze om gereguleerde tarieven te hanteren wordt bepaald aan de hand van eisen ten aanzien van de transparantie van de markt, markttoegang, marktgedrag, externe effecten en transactie- en veranderingskosten[32].

Gereguleerde tarieven (maximumtarieven of bandbreedte tarieven) worden onder andere gehanteerd als de zorgverzekeraars weinig prikkels hebben om doelmatig in te kopen. Doordat in 2015 de zorgverzekeraars nog niet (volledig) risicodragend zijn (pas vanaf 2017) zijn de prikkels tot het scherp inkopen beperkt. Maximumtarieven bieden wel ruimte om desgewenst lagere tarieven af te spreken en zijn in deze situatie een goede optie.

---

[31] Zie voor de uitwerking van deze module par. 5.1
[32] Zie Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg; NZa, 2006

Voor wat betreft de tarifering van de module voor niet toewijsbare zorg lijkt een maximumtarief een passende optie. Hiermee wordt voldoende ruimte geboden om afspraken te maken op lokaal niveau.[33]

7.1.5 Inkoop

Voor de transitiefase dient bepaald te worden hoe de wijkverpleging wordt ingekocht. Hierbij zijn twee opties[34]: via individuele inkoop of via een vorm van collectieve inkoop, namelijk via het representatiemodel waarbij één (of meerdere) verzekeraar(s) namens alle verzekeraars onderhandelt. Zorgverzekeraars kunnen gezamenlijk besluiten tot collectieve inkoop en moeten hiervoor zelf de noodzakelijke maatregelen treffen.

Op dit moment geldt voor de verschillende prestaties verpleging en persoonlijke verzorging nog collectieve inkoop door het zorgkantoor, de medisch specialistische verpleging uitgezonderd. In dit tussenmodel is, behoudens de niet toewijsbare zorg van de (wijk)verpleegkundige, sprake van prestatiebekostiging en maximumtarieven. Individuele inkoop zou hier het meest passend zijn.

Voor de inkoop van niet toewijsbare zorg van de (wijk)verpleegkundige ligt een gezamenlijke aanpak van verzekeraars meer voor de hand dan een concurrerende aanpak.. Deze zorg betreft overigens maar een zeer beperkt deel van de totale inkoop.

7.2 Aandachtspunten

Het continueren van de huidige prestaties en tarieven is een tijdelijke oplossing waarbij de eerder genoemde randvoorwaarden van VWS zoveel mogelijk worden nagestreefd. De huidige wijze van bekostiging op basis van gerealiseerde uren heeft een volumeprikkel in zich. In de terugvaloptie zal dan ook niet aan alle randvoorwaarden zoals opgenomen in de aanvraag voor dit advies voldaan kunnen worden. Hieronder volgen enkele aandachtspunten.

7.2.1 Kostenbeheersing

Door het vervallen van de indicatiestelling door het CIZ en het productieplafond uit de contracteerruimte, in combinatie met de volumeprikkel voor zorgaanbieders, het ontbreken van (volledige) risicodragendheid van de verzekeraars én een verruiming van de aanspraak wijkverpleging, is een stijging van de kosten niet uitgesloten. Er wordt beoogd dit risico te beperken door afspraken te maken tussen minister en zorgverzekeraars met betrekking tot kostenbeheersing. Deze afspraken worden vastgelegd in een hoofdlijnenakkoord.

Aanvullend op het convenant zijn er verschillende mogelijkheden beschreven in hoofdstuk 3[35] om kostenbeheersing binnen de Zvw te realiseren, nl:

- Tariefkorting;
- Omzetplafond/instellingsbudgettering;
- MBI.

---

[33] Zie hierover ook par. 5.1
[34] Zie NZa visie document inkoopmacht en collectief onderhandelen
[35] Zie par. 3.4.2

Kostenbeheersing bij terugvaloptie
Op basis van beschreven mogelijkheden lijkt een ex ante omzetplafond per zorgaanbieder de meest voor de hand liggende methode. Dit voorkomt dat zorgaanbieders bij wie sprake is geweest van een gematigde ontwikkeling van de omzet, de dupe kunnen worden van hoge stijgingen van omzet bij andere zorgaanbieders die debet zijn aan de overschrijding van het macrokader. De vaststelling van een grens per individuele instelling geeft de betrokken zorgaanbieder vooraf duidelijkheid bij welke omzet een afdrachtplicht zal ontstaan. Bij een ex post omzetplafond voor de hele sector kan pas na afloop van het jaar worden vastgesteld of een afdrachtplicht zal ontstaan.

Nadeel is dat deze wijze van kostenbeheersing, net als het huidige systeem van contracteerruimte in de AWBZ, veel administratieve lasten met zich meebrengt. Een ex ante omzetplafond mét individuele inkoop voor eigen verzekerde zal leiden tot een grotere toename van administratieve lasten.

Belangrijkste reden om géén instrument voor kostenbeheersing in te zetten is dat het hanteren van een omzetplafond leidt tot een beperking van de marktdynamiek. De dynamiek en ruimte die wordt beoogd voor veranderingen in de productie van aanbieders wordt hierdoor sterk beperkt. Door het hanteren van een plafond gaat de groei van de één ten koste van de ander. De kans bestaat dat de inzet van een omzetplafond ten koste gaat van de financiële speelruimte voor verzekeraars en zorgaanbieder die nodig is om bijvoorbeeld initiatieven in de wijk te realiseren.

Óf er een instrument voor kostenbeheersing ingezet wordt is afhankelijk van de afweging die moet worden gemaakt tussen het belang van de dynamiek van de markt en de beheersing van kosten.

7.2.2 Beperken systeemrisico bij terugvaloptie

Naast een uitvoeringstechnische kant, namelijk het niet tijdig gereed zijn van de nieuwe bekostigingssystematiek, zijn er andere redenen om te kiezen voor een transitie periode in de Zvw. Bij verzekeraars ontbreekt nog de ervaring en de kennis om op basis van de nieuwe prestaties in te kopen. Dit terwijl de verzekeraars door het ontbreken van een indicatiestelling van het CIZ en een regiobudget een belangrijke rol spelen in de kostenbeheersing. Dat kan een reden zijn om inkoop op basis van de huidige prestaties en tarieven voor een korte periode te handhaven.

Een andere reden om een transitieperiode te overwegen is dat aanbieders voldoende tijd nodig hebben om zich voor te bereiden op het nieuwe bekostigingssysteem. Door de overheveling wordt niet langer door de zorgkantoren maar door zorgverzekeraars ingekocht. Zorgaanbieders worden hierdoor geconfronteerd met een ander inkoopbeleid. Ook voor zorgaanbieders is de omslag en daarmee het risico minder groot indien het de inkoop van dezelfde prestaties betreft. In welke mate zorgaanbieders na de overheveling met een wijziging van inkomsten worden geconfronteerd is nog niet in te schatten, vanwege het ontbreken van de keuze voor een definitief bekostigingsmodel. Wanneer in een terugvaloptie de huidige prestaties en tarieven worden gehanteerd zijn grote schommelingen ten opzichte van de huidige opbrengsten niet te verwachten, tenzij een verzekeraar een zorgaanbieder niet of minder wil contacteren.

7.2.3 Aansluiting en samenwerking met andere domeinen

Belangrijk aandachtspunt bij de overheveling is de samenwerking en afstemming tussen partijen. De samenwerking en afstemming tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten is nodig om de zorg zo doelmatig en effectief mogelijk te leveren. Om dit te bewerkstelligen zou deze samenwerking als voorwaarde voor declaratie van wijkverpleging kunnen worden gesteld. Dit kan alleen wanneer de aanspraak zo is geformuleerd dat sprake moet zijn van een samenwerkingsverband waarin zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders deelnemen. De NZa kan geen prestaties vaststellen die enger of breder zijn dan de aanspraak geformuleerd door CVZ.

7.3 Tijdpad

Per 1 januari 2015 wordt de aanspraak wijkverpleging in de Zvw neergelegd. Om deze zorg tijdig te kunnen contracteren stelt de NZa vóór 1 juli 2014 het beleid voor de bekostiging vast. De NZa moet voldoende tijd hebben om, in samenspraak met veldpartijen, een implementeerbaar beleid voor 2015 vast te stellen.

Consultatiepartijen hebben in hun reacties meegegeven dat het tijdpad te krap is. Zoals in par. 3.5 aangegeven is het een reëel risico dat invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek per 1 januari 2015 niet haalbaar is.

7.4 Conclusie

Indien een nieuw bekostigingsmodel niet tijdig gereed is, kan op basis van de huidige (AWBZ en Zvw) prestaties de nieuwe aanspraak wijkverpleging vorm te geven in soortgelijke prestaties in de Zvw per 2015. De bekostiging van niet toewijsbare zorg, tarifering van prestaties en de inkoopwijze zal in nader technisch overleg met veldpartijen moeten worden uitgewerkt. Kostenbeheersing is ook bij de terugvaloptie een aandachtspunt.

8. Aandachtspunten systeemwijziging

8.1 Inleiding

VWS heeft de NZa verzocht in haar advies een analyse op fraudegevoeligheid te betrekken. Uitgangspunt daarbij zijn de beide bekostigingsmodellen, genoemd in de aanvraag van de minister.

Deze analyse heeft betrekking op het systeem van wijkverpleging onder de Zvw en nog niet op de onderliggende NZa- wet- en regelgeving. Deze regelgeving is immers nog niet uitgewerkt en afhankelijk van de keuze voor een bekostigingsmodel. Er is niet gestreefd naar volledigheid, maar naar het in kaart brengen van de belangrijkste risico's.

Bij de analyse hanteren we het brede fraudebegrip, dat wil zeggen dat we naast de fraude ook naar fouten/vergissingen en mogelijkheden van misbruik en oneigenlijk gebruik kijken.

Bij de aanpak is gekozen voor een procesbenadering (van toegang tot zorg t/m verantwoording). Per processtap zijn de belangrijkste risico's hieronder benoemd.

8.1.1 Aanspraak op verpleegkundige zorg

Vanaf 2015 zal sprake zijn van een nieuwe aanspraak 'wijkverpleging' en dit zal omschreven worden als 'zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg'. Een verdere toelichting op de nieuwe aanspraak staat in hoofdstuk 3 en in bijlage 3 van dit advies.

Risico
Zolang de verpleging onder meerdere aanspraken/voorzieningen valt, is in de declaratie/inkoop/bekostiging voor alle partijen een prikkel aanwezig om te kiezen voor de gunstigste optie. Dit geldt zowel voor aanbieders als voor verzekeraars en patiënten, waarbij voor de aanbieder de keuze voor het grootste verschil tussen opbrengst en kosten leidend. Voor de verzekeraar is dit de vergoeding waarover hij het minste risico loopt.

In de Zvw geldt een generiek wettelijk eigen risico waar slechts een paar zorgvormen van zijn uitgesloten. Als het wettelijk eigen risico ook voor de wijkverpleging gaat gelden[36], heeft de patiënt een prikkel om bij een aanbieder aan te dringen, de zorg te leveren in het kader van intramurale zorg die onder de AWBZ aanspraak (en in de toekomst onder de Wlz) valt.[37] Overigens zal de patiënt dan een afweging moeten maken tussen het wettelijk eigen risico en de eventueel vast te stellen eigen bijdrage.

Een andere interessante mogelijkheid voor verzekeraars is de constructie die mogelijk wordt gemaakt door enerzijds de overlap in prestaties en anderzijds het tijdelijke verschil in risicoregime bij de verzekeraars. Verpleging maakt momenteel binnen de Zvw deel uit van de zorgprestaties (DOT-zorgproduct) voor medisch specialistische zorg. Daarnaast kennen we straks de wijkverpleging in de Zvw. Binnen het

---

[36] Er is nog niet besloten of wijkverpleging wordt uitgesloten van het eigen risico.
[37] Bij de invoering van de Wet intensieve zorg (Wlz) (vervanger van de AWBZ) zal die aanspraak worden gewijzigd.

nieuwe systeem is het voor een verzekeraar lucratief om met een ziekenhuis af te spreken dat de verpleging extramuraal wordt geleverd. Het tarief voor de extramurale verpleging wordt door de verzekeraar in mindering gebracht op de DOT-prijs. Voor de verzekeraar is dit gunstiger aangezien zij over de medisch specialistische zorg immers volledig risicodragend is. De extramurale verpleging zit in een risicoloos regime tot 2017. Dit heeft tot gevolg dat de verzekeraar het voordeel van de lagere DOT-prijs incasseert en voor het ziekenhuis is de transactie mogelijk neutraal.[38] [39]

Het probleem bij dit risico is dat lastig te zien is of het zich voordoet. Bovendien moet dan inzicht bestaan in de prijsafspraken die een verzekeraar maakt met een aanbieder en moet de relatie met de verpleging thuis worden aangetoond. Dat zal in de praktijk lastig aantoonbaar zijn.

Omdat de substitutie van de tweede naar de eerste lijn juist wenselijk is met het onderbrengen van wijkverpleging in de Zvw, vanwege de beoogde kostenbesparing, is van belang dat de risicoregimes zo snel mogelijk gelijk worden getrokken.

8.1.2 Toegang tot de zorg en bepalen zorgbehoefte

In de Zvw kan, conform de aanspraak die is omschreven door het CVZ, de (wijk)verpleegkundige zorg ingezet worden nadat een medische diagnose gesteld is door een huisarts of een medisch specialist. De (wijk)verpleegkundige kan echter ook in actie komen voordat de medische diagnose is gesteld, bijvoorbeeld wanneer ze achter de voordeur van iemand komt om poolshoogte te nemen. Het CVZ stelt in de aanspraak (zie bijlage 3) dat het vervolgens aan de professionaliteit van de (wijk)verpleegkundige is, om te bepalen op welk moment de afstemming met de huisarts plaatsvindt. Die afstemming is nodig om tot een complete, gefundeerde verpleegkundige diagnose te komen en een eventueel behandel-/zorgtraject in gang te zetten.

Risico
Er is geen sprake van een relatie tussen de diagnose en het aantal uren verpleging en verzorging[40]. Omdat in de huidige prestaties geen verband is tussen zorgvraag(zwaarte) en duur/intensiteit van de behandeling, is de te leveren prestatie per patiënt niet op voorhand afgebakend. Er kan een risico op fraude of oneigenlijk dan wel ongepast gebruik ontstaan als de verpleegkundige niet goed in staat is deze rol te vervullen (te veel zorg). Hoe de verantwoording achteraf, resp. de declaraties gaan lopen, is afhankelijk van nog te maken keuzes in het bekostigingsmodel.

8.1.3 Zorginkoop

In de Zvw ligt de verantwoordelijkheid voor de inkoop bij de zorgverzekeraars. Zij ontvangen in de normuitkering een bedrag voor verpleging en verzorging[41]. Er is geen sprake van een contracteerplicht met aanbieders. De Zvw kent de mogelijkheid van naturapolis en restitutie.

---

[38] Hoe lucratief dit voor de verzekeraar is, hangt af van de exacte uitwerking van de ex post verevening bij risicoloze uitvoering. Bij volledige nacalculatie is het zeer gunstig.
39 In de huidige situatie kan dit ook al voor de MSVT.
40 In de klinische dot zorgproducten is dat wel het geval, daar zijn de kosten van verpleging toegerekend aan de zorgactiviteiten.
41 Tot 2017 is geen sprake van (volledige) risicodragende uitvoering, er zal dus nacalculatie plaatsvinden op de uitgaven.

Risico
Bij de naturapolis is de verzekerde aangewezen op een door de verzekeraar gecontracteerde aanbieder[42]. In combinatie met de mogelijkheid van verzekerden om voor een restitutiepolis te kiezen, is door nieuwe aanbieders het volume door de verzekeraar niet op voorhand te beheersen. Een extra risico geldt in de overgangsfase als de zorgverzekeraars niet (volledig) risicodragend zijn en daarmee de prikkel tot financiële beheersing door verzekeraars ontbreekt.

De Zvw gaat uit van een individueel recht op zorg op basis waarvan een zorgverzekeraar zorg inkoopt voor zijn verzekerden of de kosten van de zorg vergoed (restitutie). In de aanspraak wijkverpleging is naast individuele verpleging ook sprake van meer collectieve taken die niet toewijsbaar zijn aan individuele verzekerden. Het risico bestaat dat zorgverzekeraars deze zorg niet inkopen omdat hun individuele verzekerden deze niet claimen.

Zorgverzekeraar en eventueel gemeente hebben in het algemeen een prikkel om verzekerden/inwoners naar de Wet langdurige zorg (Wlz) te verwijzen.

8.1.4 Declaratie en verantwoording

Het is nog onduidelijk hoe de declaratie en verantwoording vormgegeven zal worden.

Risico
Wanneer gekozen wordt voor prestatiebekostiging dan bestaat een risico op niet correct declareren (te hoog tarief declareren/vergoeden) door de aanbieder. Daarnaast bestaat een risico op upcoding, waarbij meer/intensieve of zwaardere zorg geleverd en gedeclareerd wordt dan noodzakelijk/doelmatig door de aanbieder. Dit vormt voornamelijk een risico in de periode tot 2017, wanneer de verzekeraar nog niet (volledig) risicodragend is en dus de prikkel tot controle ontbreekt.
Zolang de prestaties en declaratiebepalingen niet vastliggen, is over de grootte van het risico op foutief of frauduleus declareren niet veel te zeggen. De algemene systeemkenmerken (bepaling zorgbehoefte door aanbieder, onvoldoende medisch herkenbare prestaties, afbakening prestatie) maken controle vooraf lastig; de verzekeraar kan wel een aantal simpele controles uitvoeren (achteraf). Daarbij is te denken aan: vergelijken met maximumtarief, vergelijken indicatie en declaratie, aanbieders vergelijken op basis declaraties etc.

Bij populatiebekostiging op basis van een abonnement-systeem (vaste vergoeding per verzekerde) zal de volumeprikkel lager liggen dan bij volledige prestatiebekostiging. Daarmee ligt ook de prikkel tot frauduleus handelen lager. Wel ligt hier een risico op onderbehandeling voor de hand. Immers ongeacht de hoeveelheid zorg ontvangen zorgaanbieders een bedrag per verzekerde. Zolang de verzekeraar geen risico loopt over de uitgaven, heeft hij geen prikkel om declaraties te controleren wat een risico op onterechte vergoedingen inhoudt.

8.1.5 Beheersmaatregelen

Bij de overheveling van de verpleging en verzorging van de AWBZ naar de Zvw hebben de beleidsmatige keuzes over het zorgsysteem invloed op het risico op fraude, fouten/vergissingen, misbruik en oneigenlijk

42 NB: afhankelijk van besluitvorming over wijziging artikel 13 is de ZV ook gehouden zorg te vergoeden die een verzekerde afneemt bij een niet gecontracteerde aanbieder.

gebruik. De belangrijkste elementen daarvan hebben wij hierboven beschreven:
- Al of niet keuze voor eigen risico bij verzekerde
- De aanbieder bepaalt intensiteit/duur van de zorg en daarmee de te leveren prestatie.
- Vrije toetreding van nieuwe aanbieders.
- Ontbreken van risico op de uitgaven van verzekeraars voor de periode tot 2017.

Hoewel een risico op uitgavenstijging niet valt onder het begrip fraude, is er wel een verwant mechanisme. Immers, in een bekostigingssysteem waar extra (legitiem) volume leidt tot extra (rendabele) omzet, zal een financiële prikkel aanwezig zijn om oneigenlijk volume te declareren. De mate waarin bovenstaande risico's zich kunnen/zullen voordoen is mede afhankelijk van het bekostigingsmodel dat uiteindelijk wordt ingevoerd.

In het algemeen kunnen we opmerken dat in modellen van populatiebekostiging de volumeprikkel bij de aanbieder lager is, wat ook de neiging tot creatief declareren vermindert. Daar tegenover staat dat bij een dergelijk model de uitgaven van de verzekeraar (grotendeels) vast liggen, zodat deze geen prikkel heeft om nauwkeurig toe te zien op de geleverde zorg.

Wij merken tenslotte op dat de systeemrisico's voortvloeien uit de keuzes die gemaakt zijn rond de overheveling. Deze zijn naar onze mening niet te ondervangen door alleen met tarief-/prestatieregulering en declaratiebepalingen de frauderisico's tegen te gaan. Er zullen primair veranderingen in het systeem moeten worden aangebracht − bijvoorbeeld in de vorm van de hierboven beschreven beheersmaatregelen − waarbij de mate van risico voor de verzekeraars van belang is, maar ook de vaststelling van de zorgvraag en de mate waarin op het aanbod gestuurd kan worden.

Bijlage 1. Brief aanvraag uitvoeringstoets bekostiging verpleging

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit
mr. drs. T.W. Langejan
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Directoraat Generaal Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
drs. B.E.J. Starren
Beleidscoördinator

T 070-3407915
be.starren@minvws.nl

Kenmerk
133570-107140-CZ

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 22 JULI 2013
Betreft Aanvraag uitvoeringstoets bekostiging thuisverpleging

Geachte heer Langejan,

In het Regeerakkoord is opgenomen dat de extramurale verpleging met ingang van 2015 niet meer vanuit de AWBZ, maar vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt bekostigd. Het Regeerakkoord stelt verder dat de bekostiging van extramurale verpleging onder het zelfde systeem van populatiegebonden bekostiging valt als de huisartsenzorg. De huidige indicatiestelling vervalt en de patiënt krijgt meer zorg op maat en in de buurt waardoor deze langer thuis kan blijven wonen.

Het Regeerakkoord geeft tevens aan dat voor de jaren 2015 en 2016 een hoofdlijnenakkoord wordt gesloten met verzekeraars, waarin het budgetplafond voor de uitvoering van de functie verpleging en het tempo van opbouw van de risicodragendheid van zorgverzekeraars wordt vastgelegd. Vanaf 2017 zullen zorgverzekeraars risicodragend zijn.
Door middel van deze brief verzoek ik u om een uitvoeringstoets te doen ten behoeve van de toekomstige bekostiging van de extramurale verpleging.

1. Belang van integrale zorgverlening

Om als verpleegkundige succesvol te kunnen opereren is het van belang dat nauwe samenwerking plaatsvindt met de huisarts. De overheveling naar de Zvw maakt het mogelijk voor verzekeraars om beide type zorg in samenhang in te kopen. Daarnaast wordt het ook voor de aanbieders makkelijker om de zorgketens in samenhang te organiseren. Om deze samenhang te bewerkstelligen wordt gestreefd naar een vergelijkbare manier van bekostiging en naar samenwerkingsprikkels, zodat ingespeeld kan worden op de specifieke situatie in een wijk/gebied.

Inmiddels is besloten om de wijkverpleegkundige zorg die in de huidige bekosti-ging geen plek heeft, ook onderdeel te laten zijn van de Zvw. De zorg die onder

Pagina 1 van 6

Directoraat Generaal Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
133570-107140-CZ

andere door de huidige "zichtbare schakel" wordt geleverd, draagt bij aan substitutie van zorg, kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing in de zorg. Op dit moment wordt deze zorg nog grotendeels op tijdelijke basis gefinancierd en geleverd. Ik wil deze activiteiten (weer) structureel inbedden in de zorg en structureel financieren. Verpleegkundigen krijgen op die manier de kans om te kunnen werken aan integrale zorg en samenhang in preventie, wonen, zorg en welzijn in de wijk. Van belang hierbij te vermelden is dat ik de wijkverpleegkundige naast de huisarts wil positioneren, zodat beide in een gelijkwaardige relatie met elkaar de uitdaging van meer zorg in de buurt aan kunnen gaan. De toegang tot zorg met behulp van de indicatiestelling vindt eigenstandig plaats. Ook de bekostiging kent voor beide type zorg eigen betaaltitels. Dat neemt niet weg dat in het bekostigingsmodel voor thuisverpleging mogelijkheden moeten zijn verbinding te leggen met de toekomstige bekostiging van huisartsenzorg.

Er is besloten dat voor wijkverpleegkundige zorg € 200 miljoen beschikbaar komt. Hierbij geldt dat een groeipad is afgesproken dat leidt tot de beschikbaarheid van € 40 miljoen in 2015, € 80 miljoen in 2016 en uiteindelijk € 200 miljoen vanaf 2017. Tevens worden de gemeenten financieel ad. € 50 miljoen in staat gesteld te investeren in sociale wijkteams zodat de noodzakelijke verbinding tussen zorg en welzijn in de wijk wordt gemaakt.

2. *Aanspraak "thuisverpleging" in de Zvw*

Vanaf 2015 zal sprake zijn van een nieuwe aanspraak "thuisverpleging". Deze aanspraak zal omschreven worden als 'zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden' *ivm geneeskundige zorg'*. Een deel van de huidige persoonlijke verzorging (PV) in de AWBZ zal ook een plek krijgen binnen de Zvw. De nieuw te vormen aanspraak "thuisverpleging"in de Zvw omvat naast verpleging daarmee ook de verzorgende activiteiten die onlosmakelijk met deze verpleging zijn vervlochten. Minder complexe zorgtaken zoals bijvoorbeeld wassen en aankleden worden alleen vanuit de Zvw vergoed als deze in het kader van geneeskundige zorg noodzakelijk is. Het gaat hierbij om ca. 20% van de huidige persoonlijke verzorging in de AWBZ.

De aanspraak zal zoals het er nu naar uitziet, de verschillende onderdelen van de extramurale verpleging gaan omvatten, te weten:

- de huidige extramurale verpleging in de AWBZ;
- activiteiten uit de huidige PV die gerekend kunnen worden tot verpleegkundige handelingen (zogenaamde PV-speciaal);
- PV- activiteiten die inherent met verpleging zijn vervlochten. Dit houdt in dat cliënten die verpleging nodig hebben en waarbij hun vraag naar persoonlijke verzorging zo vervlochten is met hun verpleging, dit beide uit de Zvw geboden krijgen. Dit is dus afhankelijk van de zorgvraag van de cliënt;
- de zorgtaken die nu onder andere worden uitgevoerd door wijkverpleegkundigen onder het programma zichtbare schakel. Dit betreft onder andere taken zoals het regisseren en coördineren van de zorg voor de cliënt, preventieve taken en het signaleren van een mogelijke zorgvraag. Onder dit onderdeel wordt ook de inzet van casemanagement verstaan.
- de zogenaamde medisch specialistische verpleging thuis, die nu al onder de Zvw valt. Dit is verpleging die mensen thuis ontvangen, onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

De behoefte aan verpleegkundige zorg vloeit voort uit een ziekte, aandoening of

beperking. Het is aan de verpleegkundige om de behoefte aan verpleegkundige zorg naar aard, inhoud en omvang te bepalen, de zogenaamde indicatiestelling. Het is ook aan de professionele deskundigheid van de verpleegkundige, om te bepalen op welk moment afstemming met de huisarts of medisch specialist plaatsvindt.

Directoraat Generaal Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
133570-107140-CZ

3. Beleidsmatige uitgangspunten bekostiging thuisverpleging

Voor de bekostiging van de extramurale verpleging gelden grotendeels dezelfde uitgangspunten als voor de huisartsenbekostiging.

1) De bekostiging dient te voorzien in een populatiegebonden deel. Hieronder verstaan we dat (een deel van) de bekostiging plaatsvindt op basis van populatiekenmerken die voldoende bepalend zijn voor de zorgvraag. Op dit moment wordt onder andere gedacht aan demografie, epidemiologie en sociaal economische status. Wellicht kan het onderzoek dat de universiteit van Maastricht uitvoert naar de populatiekenmerken die op dit moment al in de praktijk worden gebruikt, hierbij als input dienen. De verwachting is dat in september een rapportage wordt opgeleverd. Daarnaast dient het populatiegebonden deel goed aan te sluiten op andere vormen van zorg en ondersteuning, met als doel het bevorderen van samenwerking binnen de eerste lijn;
2) Binnen de bekostiging dient ruimte te zijn voor aanvullende beloningsafspraken op basis van (gezondheids)uitkomsten. Die afspraken zijn onder andere gericht op het vervangen van tweedelijnszorg door de eerste lijn, het ontmoedigen van onnodige doorverwijzingen en het bevorderen van chronische zorg in de eerste lijn;
3) De bekostiging moet een verschuiving bevorderen van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg en van specialistische zorg naar minder complexe zorg.
4) Met de nieuwe bekostiging wordt beoogd de volumeprikkel die in de huidige bekostiging van extramurale verpleging is verweven door iedere handeling te koppelen aan een tarief, weg te nemen.
5) Ook de samenwerking tussen de eerstelijns zorgaanbieders en aanbieders in het sociale domein zou bij voorkeur een plek moeten krijgen in de bekostiging, door het bijvoorbeeld als voorwaarde aan een tarief of prestatie te koppelen. Hierbij geldt als uitgangspunt dat de bekostiging de samenwerking stimuleert.

4. Modellen nieuwe bekostiging

Bij de vormgeving van de bekostiging vind ik het wegnemen van de volumeprikkel die in de huidige AWBZ bestaat in de vorm van "uurtje factuurtje" van belang. Bekostiging van losse taken wil ik in de toekomst vermijden. De integrale interventie dient als uitgangspunt voor bekostiging. Ik wil u verzoeken om in ieder geval 2 modellen uit te werken die dit uitgangspunt hanteren.

A. Model op basis van integrale prestaties:

Hierbij denk ik aan een wijze van bekostiging die overeenkomsten heeft met de wijze van bekostiging die is gekozen voor de basis GGZ. Daar gelden straks vier zorgvraagzwaarteproducten met een maximumtarief. Op basis van objectieve criteria wordt gekeken welk product het beste past bij de zorgvraag van de patiënt. Ook voor de verpleegkundige handelingen binnen de aanspraak thuisverpleging zie ik integrale prestaties met een bijbehorend (maximum) tarief als mogelijkheid om de volumeprikkel uit het huidige systeem te halen. De verzekeraar kan op basis van zijn verzekerde populatie beslissen hoeveel producten hij wenst in te kopen.

Directoraat Generaal Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
133570-107140-CZ

Binnen de bekostiging voor thuisverpleging dient ruimte te zijn voor de beloning door de verzekeraar op uitkomsten. Ik streef ernaar om enkele prestaties te omschrijven, waar verzekeraars afspraken over kunnen maken. Hierbij kan gedacht worden aan het verkorten van de tijd dat iemand in zorg is, het vergroten van zelfredzaamheid, doorverwijzingen, samenwerking tussen huisarts en verpleegkundige en samenwerking met het sociaal domein. Deze prestaties krijgen geen verplichtend karakter, maar kunnen dienen als leidraad voor de contractering. Deze ruimte wordt ook voorzien in de toekomstige huisartsenbekostiging. Op die manier kan de verzekeraar de huisartsenzorg en thuisverpleging integraal inkopen en belonen en de benodigde samenwerking tussen beide partijen belonen. Bij de uitwerking van dit onderdeel vraag ik u expliciet de eenduidigheid met de huisartsenbekostiging voorop te stellen.

Voor de intensivering van de taken van de wijkverpleegkundige (onder andere de huidige zichtbare schakeltaken) wil ik zoveel mogelijk uitgaan van integrale zorgverlening. Dit betekent dat ik deze taken niet los wil plaatsen van de overige verpleegkundige taken. Ook deze onderdelen horen tot het takenpakket van een (wijk)verpleegkundige. Mijn voorkeur gaat dan ook uit naar een model waarbij deze taken onderdeel zijn van de integrale prestaties. Een mogelijkheid daarbij is om te werken met een opslag voor de wijkverpleegkundige taken (zie bijlage voor grafische weergave).

B. Model op basis van populatiebekostiging:
In tegenstelling tot het eerste model waarbij de bekostiging van start gaat als iemand in een zorg traject komt, wordt bij dit model ex ante op basis van populatiekenmerken bepaald welk bedrag in een gebied/wijk wordt besteed aan de thuisverpleging.

Ook bij dit model moet gelden dat er ruimte is voor het belonen van uitkomsten (zie bijlage voor grafische weergave).

5. Randvoorwaarden bekostiging Zvw
Omdat de bekostiging in de AWBZ anders verloopt dan in de Zvw verzoek ik u bij uw advies rekening te houden met de volgende randvoorwaarden:

- De overheveling verloopt budgettair neutraal (vanaf 2017 volgt een korting van € 30 miljoen)
- De overheveling vindt plaats per 1 januari 2015
- Er gelden adequate prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg
- Er zijn adequate waarborgen voor de toegankelijkheid van zorg
- Er is voldoende keuzevrijheid voor de verzekerde
- Macro budgettaire beheersbaarheid is gewaarborgd
- Abrupte veranderingen in opbrengsten voor aanbieders als gevolg van wijziging van het bekostigingsstelsel (systeemrisico's) worden voorkomen.
- Er is adequate aansluiting op de bekostiging van de zorg in andere domeinen of onderdelen van de zorg zodat mogelijke afwenteling van kosten wordt voorkomen en samenwerking tussen de verschillende aanbieders wordt gestimuleerd.

6. Adviesaanvraag
Ik verzoek u mij vóór 1 oktober 2013 te adviseren over de nadere invulling van een gewenst bekostigingsmodel met inachtneming van de gestelde randvoorwaarden en uitgangspunten. Ik zal op basis van uw advies een beslissing

Directoraat Generaal Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
133570-107140-CZ

nemen over de wijze van bekostiging van thuisverpleging per 2015.

Graag wil ik u vragen om in uw advies onderstaande vragen te betrekken:

- Welke type prestaties kunnen worden gedefinieerd op basis van bovenstaande aanspraak en mogelijke vormgeving van de bekostiging? Hoe kunnen de prestaties worden vormgegeven?
- Bij de mogelijk te definiëren prestaties wil ik graag een analyse van de fraudegevoeligheid.
- Hoe verhouden de mogelijke prestaties zich tot het systeem van concurrerende verzekeraars in de wijk?
- Welke instrumenten zijn er om de macro budgettaire beheersbaarheid te waarborgen?
- Welk type tarief is het meest geschikt binnen de gestelde randvoorwaarden?
- Welk effect heeft de nieuwe bekostiging binnen de ZvW op prikkels bij zorgaanbieders en verzekeraars op het gebied van kwaliteit, prijs en volume?
- Is het met behulp van de nieuwe prestaties straks mogelijk om in 2017 de historie van de gegevens te herkennen ivm de risicoverevening?

Ik verzoek u om in uw advisering de voor- en nadelen van de geschetste modellen in de Zorgverzekeringswet te benoemen. Hierbij is het van belang om te weten wat de effecten van de modellen zijn op onder andere de volgende onderdelen:

- Positie van de verzekerde/cliënt
- Mogelijkheid van sturing door verzekeraars
- Transparantie van kwaliteit
- Afbouw van zorg
- Administratieve lasten
- Welke effecten hebben de modellen op de diverse aanbieders in een wijk; ziet het speelveld van aanbieders er straks als gevolg van een nieuwe bekostiging anders uit?
- De onafhankelijkheid (van de eigen organisatie) van de wijkverpleegkundige?

Transitiemodel
Het moge duidelijk zijn dat ik toewerk naar een vorm van bekostiging die ik hierboven heb geschetst. Echter als blijkt dat de invulling hiervan meer tijd vergt dan beschikbaar is om te komen tot overheveling naar de Zvw per 1 januari 2015, wil ik kunnen beschikken over een transitiemodel. Daarom vraag ik u mij te adviseren over de mogelijkheid van een bekostigingsvariant waarbij de nieuwe aanspraak "thuisverpleging" in de Zvw wordt bekostigd op basis van de huidige prestaties in de AWBZ. Dit zal betekenen dat voor de "wijkverpleegkundige zorg" een nieuwe prestatie danwel opslag op de huidige prestaties moet worden geformuleerd. Ik begrijp dat een transitiemodel niet (geheel) kan voldoen aan de hierboven geschetste randvoorwaarden. Wel verzoek ik u de belangrijke aandachtspunten bij dit model in kaart te brengen.

Ik verzoek u bij het maken van deze uitvoeringstoets relevante veldpartijen te consulteren. Ik denk hierbij in elk geval aan de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Actiz, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), de Landelijke Vereniging georganiseerde eerste lijn (LVG), Landelijk Overleg Ketenzorg (LOK), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Ook de betrokkenheid van enkele aanbieders acht ik van belang.

Directoraat Generaal Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
133570-107140-CZ

Ik zou het op prijs stellen als u mij op periodieke basis informeert over de voortgang.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de Directeur-Generaal Langdurige Zorg,

drs. M.J. Boereboom

Bijlage 2. Beschrijvingen AWBZ-prestaties VP en PV

In deze bijlage zijn de prestatiebeschrijvingen van de extramurale prestaties VP en PV opgenomen.

PV	Persoonlijke verzorging
PV-Basis Persoonlijke verzorging (H126) Persoonlijke verzorging zorg op afstand aanvullend (H136) Pesoonlijke verzorging farmaceutische telezorg (H137)	Doel: Geheel of gedeeltelijk overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging (met inbegrip van enige begeleiding bij die activiteiten). Grondslag: Een somatische (SOM) of psychogeriatrische aandoening (PG) of stoornis, een verstandelijke (VG), lichamelijke (LG) of zintuiglijke handicap (ZG) of een psychiatrische stoornis (PSY), resulterend in een tekort aan zelfredzaamheid bij persoonlijke zorg (noodzaak dat een hulpverlener de ADL-activiteiten geheel of gedeeltelijk overneemt). Inhoud: PV-basis omvat activiteiten op de volgende gebieden: - hulp bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL-taken), namelijk bij het zich wassen, zich kleden, beweging en houding (waaronder in/uit bed gaan), eten en drinken, toiletgang, eventueel ook de controle van lichaamsfuncties; - hulp bij beperkingen op het vlak van zelfverzorging van haren, sieraden omdoen, zich opmaken, scheren, mond- en gebitsverzorging, hand- en voetverzorging, aanbrengen en uitdoen van prothesen, hoortoestel aan of uitzetten, bril poetsen en opzetten, medicijnen klaarzetten (met uitzondering van het vullen van de weekdozen) en toedienen. *PV-basis* bevat ook advies, instructie en voorlichting aan de cliënt die in directe relatie staan met de persoonlijke verzorging, waaronder hulp bij medicijngebruik of stimulering van de cliënt bij het deels zelf uitvoeren van activiteiten. Hiertoe behoort ook het desgevraagd adviseren van informele zorgers van de cliënt. Per aangesloten cliënt, als bedoeld in artikel 5.6, die Persoonlijke verzorging via beeldschermcommunicatie op afstand geleverd krijgt, kan extra maximaal 4 uur per maand tegen het afgesproken tarief persoonlijke verzorging zorg op afstand aanvullend worden gedeclareerd mits dit past binnen de gestelde indicatie. Per aangesloten cliënt, als bedoeld in artikel 5.7, die (onderdelen van) de prestatie persoonlijke verzorging in de vorm van Farmaceutische telezorg geleverd krijgt, kan maximaal 2 uur en 30 minuten per maand tegen het afgesproken tarief persoonlijke verzorging farmaceutische telezorg worden gedeclareerd. **Doelgroepen:** SOM, PG, VG, LG, ZG en PSY

PV-Extra **Basis + module beschik-baarheid** Persoonlijke verzorging extra (H127)	Doel: Realisatie van 'beschikbaarheid van persoonlijke verzorging', waardoor de cliënt erop kan rekenen dat de zorgaanbieder naast planbare zorg ook oproepbare zorg levert binnen een redelijke tijd. Grondslag: Cliënten die zijn aangewezen op PV en die – door de aard van hun ziekte en beperkingen – naar verwachting meerdere keren per week persoonlijke verzorging moeten inroepen buiten de afgesproken vaste tijden. Inhoud: *PV-extra* voorziet in een vergoeding van de beschikbaarheid, opgevat als de tijden waarop uitvoerende beroepskrachten beschikbaar zijn voor directe zorgverlening maar niet feitelijk met die zorgverlening bezig zijn (men is oproepbaar). Uitgangspunt is de doelmatige organisatie van die beschikbaarheid met aandacht voor een voldoende schaalniveau en synergie door samenwerking van zorgaanbieders. Indicatoren: Noodzaak van frequent oproepbare zorg (naar verwachting meerdere keren per week). **Doelgroepen:** SOM, PG, VG, LG, ZG en PSY
PV-Speciaal **Basis + module cliënt-kenmerk** Persoonlijke verzorging speciaal (H120)	Doel: Geheel of gedeeltelijk overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging, welke zorg geleverd wordt in combinatie met hulp bij chronische gezondheidsproblemen (ziekenverzorging) en/of complexe zorgvraag waaronder activiteiten op het vlak van controle lichaamsfuncties, wondverzorging, begeleiding bij het omgaan met een ernstige ziekte. Grondslag: Een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of stoornis of handicap resulterend in een tekort aan zelfredzaamheid bij de persoonlijke zorg waardoor deze zorgactiviteiten geheel of ten dele moeten worden overgenomen. Het accent ligt op chronische gezondheids-problemen en/of complexe zorgvraag, waarbij hulp bij ADL voortdurend vervlochten moet zijn met verpleegkundige deskundigheid bij chronische ziekte. Inhoud: PV-speciaal omvat activiteiten op de volgende gebieden: - hulp bij ADL-taken zoals bij het zich wassen, zich kleden, beweging en houding, eten en drinken en bij zelfverzorging (haarverzorging, gebitsverzorging, etc.); - hulp bij het hanteren van de fysieke en psychische gevolgen van een ziekte behorend tot het taakgebied van ziekenverzorging; - medicijnen klaarzetten (met uitzondering van het vullen van de weekdozen) en toedienen (bij intacte huid), voeden door een bestaande sonde, in en af laten vloeien van vloeistoffen door een bestaande katheter, verzorgen van natuurlijke en onnatuurlijke lichaamsopeningen (stoma) bij een intacte huid, vernevelen, Continue Ambulante Peritoneaal Dialyse (CAPD)/ Continue Cyclische Peritoneaal Dialyse (CCPD). De aard van de zorg en/of complexiteit van de zorgvraag dan wel de verwevenheid met verpleegkundige handelingen die verricht moeten worden vereisen dat PV-speciaal doorgaans alleen geleverd kan worden door zorgverleners met een wijkziekenverzorgende en/of verpleegkundige achtergrond. **Doelgroepen:** SOM, PG, VG, LG, ZG en PSY
VP	**Verpleging**
VP-Basis	Doel: Uitvoeren van verpleegkundige handelingen met het oog op herstel van gezondheid, of

Verpleging (H104) Verpleging zorg op afstand aanvullend (H107)	voorkomen van verergering van ziekte of aandoening waaronder verlichting van lijden en ongemak. Deze verpleging houdt verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een lichamelijke handicap. Grondslag: Een somatische of een psychogeriatrische aandoening of een lichamelijke handicap. Een verstandelijk of zintuiglijk gehandicapt persoon heeft wél aanspraak op verpleging, indien de persoon een somatische of psychogeriatrische aandoening heeft die verpleegkundige zorg noodzakelijk maakt. Inhoud: Verheldering van de gezondheidsproblematiek van de cliënt in verpleegkundige termen en hierop aansluitend de nodige verpleegkundige interventies uitvoeren, zoals verpleegtechnisch handelen, controle lichaamsfuncties, wond- en/of stomaverzorging bij een niet intacte huid, ondersteuning bij uitscheiding (katheter, etc.), inbrengen van maagsonde of katheter, geven van injecties. *VP-basis* bevat tevens enige begeleiding tijdens de verpleging in de vorm van advisering, instructie en voorlichting over omgaan met ziekte, behandeling, therapie, hulpmiddelen, waaronder advisering van informele zorgers. *VP-basis* kan ook enige persoonlijke verzorging bevatten, voorzover die direct samenhangt met het verpleegkundig werk bij de cliënt ("80-20 regel"). Bij een structurele en substantiële inzet van ADL-hulp zal naast VP apart de functie 'persoonlijke verzorging' worden ingezet en geregistreerd. Per aangesloten cliënt, als bedoeld in artikel 5.6, die verpleging via beeldschermcommunicatie op afstand geleverd krijgt, kan extra maximaal 4 uur per maand tegen het afgesproken tarief verpleging zorg op afstand aanvullend worden gedeclareerd mits dit past binnen de gestelde indicatie. **Doelgroepen:** SOM, PG en LG
VP-Extra **Basis + module beschik-baarheid** Verpleging extra (H128)	Doel: Realisatie van 'beschikbaarheid van verpleging', waardoor de cliënt erop kan rekenen dat de zorgaanbieder naast planbare zorg ook oproepbare zorg levert binnen redelijke tijd. Grondslag: Cliënten die zijn aangewezen op VP en die – door de aard van hun chronische ziekte en beperkingen – naar verwachting meerdere keren per week verpleegkundige hulp moeten inroepen buiten de afgesproken vaste tijden. Inhoud: VP-extra voorziet in een vergoeding van de beschikbaarheid, opgevat als de tijden waarop uitvoerende beroepskrachten beschikbaar zijn voor directe zorgverlening maar niet feitelijk met die zorgverlening bezig zijn (men is oproepbaar). Uitgangspunt is de doelmatige organisatie van die beschikbaarheid met aandacht voor een voldoende schaalniveau en synergie door samenwerking van zorgaanbieders. Indicatoren: Noodzaak van frequent oproepbare zorg (naar verwachting meerdere keren per week). **Doelgroepen:** SOM, PG, LG

VP-Speciaal **Basis + module cliënt-kenmerk** Gespecialiseerde verpleging (H106)	Doel: Uitvoeren van gespecialiseerde verpleegkundige handelingen met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening waaronder verlichting van lijden en ongemak. Grondslag: Cliënten met een somatische of een psychogeriatrische aandoening of een lichamelijke handicap. Een verstandelijk of zintuiglijk gehandicapte cliënt heeft aanspraak op verpleging, indien de cliënt een somatische of psychogeriatrische aandoening heeft die verpleegkundige zorg noodzakelijk maakt. Inhoud: Activiteiten op twee gebieden, waarbij de nadruk ligt op (2): 1) verheldering van de gezondheidsproblematiek van de cliënt in verpleegkundige termen en hierop aansluitend de benodigde verpleegkundige interventies uitvoeren, zoals verpleegtechnisch handelen, controle lichaamsfuncties, wond- en/of stomaverzorging bij een niet intacte huid, ondersteuning bij uitscheiding (katheter, etc.), inbrengen van maagsonde of katheter, geven van injecties; 2) gespecialiseerde verpleegkundige handelingen verrichten, zoals epidurale/spinale pijnbestrijding, intraveneuze medicatietoediening, intraveneuze vocht- en voedings-toediening, bloedtransfusie, drainage maag/thorax, fototherapie, sonde aanbrengen (maag, Percutane endoscopische gastrostomie (PEG), uitzuigen trachea, beademing, specifieke voorlichting en instructie. *VP-speciaal* bevat tevens enige begeleiding; namelijk advisering, instructie en voorlichting over omgaan met ziekte, behandeling, therapie, hulpmiddelen, waaronder advisering van informele zorgers. Deze prestatie geldt voor zover het geen verpleegkundige zorg is die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg. Bij thuisbeademing en palliatief-terminale zorg thuis zijn deze activiteiten wél onderdeel van de AWBZ. **Doelgroepen:** SOM, PG en LG
VP-AIV **Basis** Verpleging: Advies, instructie en voorlichting (H114)	– Advies, instructie en voorlichting (AIV) wordt ingezet ten behoeve van cliënten met (een kans op) een chronische ziekte en/of een langdurige beperking, in situaties waarin de verpleegkundige met de cliënt uitzoekt hoe aanwezige gezondheidsproblemen het best kunnen worden aangepakt. Deze inzet van AIV zal doorgaans plaatsvinden op basis van verwijzing van de huisarts, de medisch specialist, het ziekenhuis, revalidatiecentrum of verpleeghuis. – AIV is een vorm van kortdurende zorg, onder meer op het raakvlak van "Cure" en "Care"; en wordt gekenmerkt door enkele consulten per cliënt per jaar (doorgaans niet meer dan 3 à 4). – AIV is overwegend gebaseerd op geprotocolleerde vormen van ketenzorgprogramma's waarvan bekend is dat ze bijdragen tot 'secundaire/tertiaire preventie'; vooral Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Diabetes Mellitus, Cerebro Vasculair Accident (CVA), Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen (Cara), reuma, chronisch hartfalen, leren omgaan met stoma. – Het betreft consultatiewerk van (gespecialiseerde) verpleegkundigen op de genoemde terreinen; niet direct gekoppeld aan andere verzorgende of verplegende handelingen. – Het doel is het verbeteren van kennis, attitude, vaardigheden en gedrag waardoor de cliënt de nadelige gevolgen van ziekte beter kan hanteren en/of de algemene gezondheid kan verbeteren. – Op het gebruik van AIV door de cliënt is geen eigen bijdrage van toepassing. Onder advies, instructie en voorlichting wordt niet verstaan de activiteiten op het vlak van advies of voorlichting die een inherent onderdeel zijn van prestaties onder VP-basis, VP-extra en VP-speciaal.

Bijlage 3. Concept-verkenning CVZ aanspraak wijkverpleging in de Zvw

College voor zorgverzekeringen – 11 november 2013

Conceptnotitie: Extramurale verpleging en (deels) persoonlijke verzorging in de Zvw : hoe regelen we dat in de wet?

Inleiding
In ons rapport uit 2010 *Verpleging 'in de wijk*': *van samenhang verzekerd* hebben we voorgesteld om de aanspraak op extramurale verpleging in het Besluit zorgverzekering te regelen door het huidige artikel 2.11 Bzv als volgt te wijzigen :

> Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging en verzorging, omvatten verpleging en verzorging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

1. '*in verband met geneeskundige zorg'*
'Geneeskundige zorg' vervangt 'medisch specialistische zorg', zoals opgenomen in het huidige artikel 2.11 Bzv. Door 'geneeskundige zorg' op te nemen, is het duidelijk dat het gaat om verpleegkundige zorg die samenhangt met de zorg van de medisch specialist óf met de zorg van de huisarts (over het algemeen de primaire behandelaren). De verwijzing naar 'geneeskundige zorg' lost de huidige paradoxale situatie op, dat bij samenhang met de medisch specialistische zorg de verpleegkundige zorg onder de Zvw valt en bij samenhang met de huisartsenzorg onder de AWBZ.

2. '*Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'*
Door te verwijzen naar 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' valt het gehele beroepsarsenaal van de verpleegkundigen onder de Zvw : niet alleen de verpleegkundige handelingen (zorgverlening), maar ook 'coördineren, signaleren, coachen (bijv. ondersteuning bij zelfmanagement), preventie.

3. '*Verzorging'*
De toevoeging 'verzorging' vonden we toentertijd verstandig om aan te geven dat persoonlijke verzorging in alle gevallen onder de Zvw zou vallen, ook in die situaties dat er geen directe samenhang met 'verpleging' was. Als ervoor gekozen wordt om juist alleen de 'persoonlijke verzorging' onder de Zvw te brengen die nauw verweven is met de verpleging, dan is de toevoeging 'verzorging' in artikel 2.11 Bzv overbodig.

Toelichting

<u>Ad 1. '*in verband met geneeskundige zorg'*</u>
De zinsnede 'in verband met geneeskundige zorg' heeft meerdere betekenissen en dient meerdere doelen.

<u>a. Domein</u>
In de eerste plaats beschrijft deze zinsnede het terrein voor de inzet van de verpleegkundige : de geneeskundige zorg (zoals omschreven in het Besluit zorgverzekering). Deze toevoeging beperkt het terrein waarop de

verpleegkundige onder de basisverzekering werkzaam kan zijn. Een verpleegkundige kan immers op vele terreinen ingezet worden, naast geneeskundige zorg bijvoorbeeld ook welzijn of openbare gezondheidszorg. In die gevallen valt de verpleegkundige zorg niet onder de Zvw.

Deze zinsnede heeft niet alleen een beperkende betekenis. Onder geneeskundige zorg valt ook 'individuele preventie': de zorg die nodig is in verband met een hoog risico op een aandoening. De toevoeging geneeskundige zorg bevestigt dat de verpleegkundige zorg onder de Zvw ook preventieve zorg (gericht op de individuele verzekerde) omvat.

b. Samenwerking en bevoegdheid

'In verband met geneeskundige zorg' verwoordt ook de samenwerking die er moet zijn met andere zorgverleners. Dit zullen in eerste instantie de primaire behandelaren zijn, de huisarts en medisch specialist. Bij 'zorg in de eigen omgeving' zal het daarbij vooral om de samenwerking met de huisarts gaan. De toevoeging maakt duidelijk dat de verpleegkundige niet solistisch gaat opereren. Zij is onderdeel van de bredere eerstelijnszorg en vervult daar een generalistische rol samen met de huisarts. Daarnaast is er nog een formele overweging voor deze samenwerking.

Ieder professioneel handelen binnen de zorg wordt begrensd door de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (Wet BIG). Uit de Zorgverzekeringswet vloeien geen inhoudelijke beperkingen voort op al datgene waartoe een zorgverlener 'bekwaam en bevoegd' is. Dat kan de Zvw ook niet opleggen, want deze wet geeft alleen aan wat onder de basisverzekering valt. (Het kan natuurlijk wel zo zijn dat (onderdelen van) datgene waartoe een zorgverlener bekwaam en bevoegd is, niet tot de basisverzekering behoort(behoren), om andere redenen, de zorg is 'eigen verantwoordelijkheid' of komt voor eigen rekening bijvoorbeeld). Dat betekent ook dat de Zvw niet zegt dat de verpleegkundige pas kan handelen, nadat bijvoorbeeld de huisarts of medisch specialist daartoe een 'opdracht' heeft gegeven of een medische diagnose heeft gesteld. Wél is het zo dat verantwoord professioneel handelen met zich meebrengt dat een verpleegkundige zich verstaat met huisarts of medisch specialist om de verpleegkundige diagnose te combineren met de medische diagnose. Deze verplichting vloeit niet voort uit de Zvw, maar uit de regels voor professioneel, verpleegkundig handelen. De medische diagnose hoeft dan ook niet per se vooraf te gaan aan de verpleegkundige diagnose.

Het is dus niet zo, dat de verpleegkundige pas in actie kan komen, nadat de huisarts of medisch specialist een diagnose heeft gesteld. De verpleegkundige kan ook achter de voordeur van iemand komen, om eens poolshoogte te nemen. De verpleegkundige kan dit doen omdat zij bijvoorbeeld verontruste signalen heeft ontvangen over de gesteldheid van de persoon door iemand uit diens omgeving. Dit initiatief valt onder de signalerende taken van de verpleegkundige. Het is aan de professionaliteit van de verpleegkundige, om te bepalen op welk moment de afstemming met de huisarts plaatsvindt. Die moet er natuurlijk wel zijn om tot een complete, gefundeerde verpleegkundige diagnose te komen en een eventueel behandel-/zorgtraject in gang te zetten. Voor het verloop van de onderliggende aandoening, eventuele complicaties enz. is ook weer de afstemming met de primaire behandelaar nodig.

Kortom, huisarts en verpleegkundige vormen een complementair team, de as binnen de geïntegreerde eerstelijnszorg. De afstemming die de verpleegkundige moet plegen met de huisarts (of medisch specialist)

doet niets af aan de zelfstandige beroepsuitoefening van de verpleegkundige.

c. ‘Vrije toegang’

Er wordt soms de vraag gesteld of er ‘vrije toegang’ is tot de verpleegkundige zorg die onder artikel 2.11 Bzv valt. Uit artikel 2.11 Bzv volgen geen beperkingen voor de ‘toegang’ tot deze verpleegkundige zorg. De vrijheid die deze bepaling op zich biedt, staat los van de bevoegdheid van de zorgverzekeraar, om voorwaarden te stellen aan de toegang tot verzekerde zorg. Dit kan bijvoorbeeld een verwijzing van de huisartszijn of voorafgaande toestemming. De Zvw geeft de zorgverzekeraar mogelijkheid, om dit te bepalen. Dergelijke instrumenten moeten dan wel kenbaar zijn aan de verzekerde en de zorgverzekeraar specificeert deze dan ook in de polis bij de betreffende zorg.

Ad 2. *Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden*

a. Het arsenaal

Zoals gezegd, het werkterrein van de verpleegkundige beperkt zich niet tot de verpleegkundige handelingen (zorgverlening). Coördineren, signaleren, preventie, coachen : dit alles rekent de verpleegkundige tot het eigen beroepsterrein (het ‘arsenaal’ van de beroepsgroep). Het begrip ‘plegen te bieden’ geeft aan welke zorg onder de basisverzekering valt. Het CVZ volgt bij de uitleg hiervan de opvattingen van de beroepsgroep. Welke zorg rekent de beroepsgroep tot het eigen beroepsterrein, het eigen arsenaal? Het is aan de beroepsgroep, om dit inzichtelijk te maken en richtlijnen, standaarden, protocollen zijn de documenten voor deze uitwerking. De verpleegkundige beroepsgroep beschikt natuurlijk al over richtlijnen, maar deze beperken zich veelal tot de technische verpleegkundige handelingen. Het is essentieel dat de verpleegkundige beroepsgroep zo snel mogelijk ook uitwerking geeft aan de andere facetten van het verpleegkundig arsenaal, bijvoorbeeld de ondersteuning van het zelfmanangement, de verbinding met het welzijnsdomein, de coördinerende taken. Dat wil zeggen dat de beroepsgroep duidelijk maakt, hoe hij met een integrale, generalistische blik kijkt naar de patiënt in zijn omgeving : wat kan hij; wat kan het sociale systeem om hem heen aan zorg bieden; welke problemen buiten de zorg liggen er. De beroepsgroep geeft ook aan hoe de verpleegkundige dwarsverbanden legt met maatschappelijk participeren, wonen en welzijn. Ook geeft de beroepsgroep in deze documenten inhoud aan de signalerende functie in de zin van omgaan met ‘verontruste signalen’ (zie hierboven).

b. De wijkverpleegkundige

De Zvw omschrijft welke zorg onder de basisverzekering valt. De Zvw geeft niet aan welke functionaris deze moet leveren. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen ‘wie’ de te verzekeren zorg gaat leveren. Hij specificeert dat in zijn polis.

Dit betekent dan ook dat de ‘wijkverpleegkundige’ als functionaris niet terug te vinden zal zijn in de Zvw. De ‘wijkverpleegkundige’ valt onder de noemer ‘zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden’. Dit betekent ook dat de taken van de wijkverpleegkundige afgestemd kunnen worden op de organisatie van de zorg in een bepaalde wijk. Daarbij wordt geput uit het totale arsenaal van de beroepsgroep.

c. De indicatiestelling

De indicatiesteling voor de zorg in de eigen omgeving moet uiteindelijk ook aan de hand van de documenten van de beroepsgroep plaatsvinden. Onder de Zvw is er immers geen centraal orgaan die de indicatiestelling bewaakt. De verpleegkundige zelf zal dit helder en toetsbaar moeten doen, zoals alle beroepsgroepen onder de Zvw.

Idealiter wordt een individueel zorgplan opgesteld waarin de bijdrage en rol van iedere betrokken zorgaanbieder worden beschreven en dat de leidraad vormt voor de zorgverlening in al haar facetten.

Het CVZ heeft een verkenning gedaan naar de plek van de indicatiestelling binnen het verpleegkundig handelen. Belangrijke bevindingen waren de volgende:
Uitgangspunt voor de beroepsgroep is:

- de inzet van verpleegkundige zorg is in principe tijdelijk;
- de verpleegkundige zorg handelt vanuit het principe 'positieve gezondheid';
- doel van de verpleegkundige zorg is het bevorderen van de zelfredzaamheid.

De volgende voorwaarden om op die wijze te werken zijn in beeld gekomen;

- een zorgvuldige indicatiestelling vergt tijd;
- de indicatiestelling combineert 'scores' op verschillende domeinen en aspecten. Daarmee wordt iedere indicatiestelling een individuele inschatting ('maatwerk');
- het zorgproces is dynamisch en moet daarom op gezette tijden of afhankelijk van gebeurtenissen, bezien worden met de vraag of de aanvankelijke indicatiestelling nog terecht is (terugbrengen; opschalen);

De volgende aandachtspunten zijn belangrijk voor de toekomst binnen de Zvw:

1.
Het is voor de uitoefening van het verpleegkundig beroep, voor de inkoop van deze zorg en voor inzicht in zorg en uitkomsten van belang, dat er meer uniformiteit komt in de meetinstrumenten voor de indicatiestelling. De meetinstrumenten die nu gehanteerd worden zijn divers en niet alle instrumenten zijn gevalideerd. Het verdient aanbeveling te streven naar validatie en uniformiteit.

2.
De verhouding tussen de indicatiestelling door de (wijk)verpleegkundige en die binnen het sociale domein moet helder zijn. Het is van belang dat de indicatiestelling door de (wijk)verpleegkundige (die uitgaat van een integraal functioneren van de cliënt) zich goed verstaat met het bepalen van de noodzakelijke zorg en ondersteuning vanuit het sociale domein. Het verdient aanbeveling hier op landelijk niveau uitgangspunten voor te formuleren die duidelijkheid bieden voor de cliënt en andere zorgverleners en die een doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars mogelijk maken.

<u>d. Casemanagement</u>

De verpleegkundige zorg thuis zal vaak een onderdeel zijn van de zorg door meerdere zorgaanbieders. Vandaar ook de behoefte aan coördinerende taken van de verpleegkundige, die in sommige gevallen de vorm van casemanagement zal aannemen.
Ook al valt 'casemanagement' onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', het is niet alleen de verpleegkundige beroepsgroep die

de inhoud van casemanagement bepaalt. Uit de literatuur blijkt bijvoorbeeld dat de 'effectiviteit' van casemanagement toeneemt, als de casemanager één van de zorgverleners aan de cliënt is. Ook is gebleken dat bij dementerende patiënten de rol van casemanager zoveel mogelijk door één persoon moet worden geleverd, los van de fluctuerende zorgbehoefte door de tijden heen. Dit zijn dan gegevenheden, waarmee de verpleegkundige rekening moet houden bij de invulling van 'casemanagement'. De zorgverzekeraar moet hiermee ook rekening houden bij de inkoop van 'casemanagement'.

Als casemanagement valt onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', mag dan alleen de verpleegkundige 'casemanagement' leveren? Uit de functionele systematiek van de Zvw volgt, dat de zorg die een specifieke beroepsgroep' pleegt te bieden', niet per se door de genoemde beroepsgroep geleverd moet worden. De Zvw geeft immers alleen aan welke zorg onder de basisverzekering valt ('wat'), niet 'wie' de zorg moet leveren. Iedereen die 'bekwaam en bevoegd' is om de zorg te leveren, kan dit doen onder de basisverzekering. Het is aan de zorgverzekeraar, om te bepalen 'wie' de specifieke zorg gaat leveren, gegeven de deskundigheidseisen die voor die zorg gelden. Deze deskundigheidseisen beperken dus de keuzevrijheid van de zorgverzekeraar. Afgezien van formele deskundigheidseisen die voortvloeien uit de Wet BIG, kunnen ook uit wetenschappelijk onderzoek of best practices aanwijzingen gedestilleerd worden voor een bepaald deskundigheidsniveau.

Bijlage 4. De wijkverpleegkundige

De Wijkverpleegkundige
In het document *'Expertisegebied wijkverpleegkundige'* van de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)[43] worden de competenties van verpleegkundigen en de wijkverpleegkundigen beschreven. Deze vallen uiteen in de onderdelen kennis en in vaardigheden en attitude. Enkele voorbeelden van de vereiste kennis van verpleegkundigen uit het eerder genoemde document zijn:
"Kent de bronnen van het verpleegkundig handelen en actuele richtlijnen en professionele standaarden.
Kent verschillende manieren van gedragsbeïnvloeding en versterken van de positie van de cliënt."

Voor een wijkverpleegkundige geldt als extra dat hij/zij kennis heeft over:
'Hoe gezondheid bepaald wordt en welke factoren daarop van invloed en beïnvloedbaar zijn.
Is op de hoogte van de sociale kaart van de wijk/buurt, dorp/stad en regio en informeert zorgvrager en sociale systemen over de mogelijkheden.'

Enkele vaardigheden en attitude competenties waar de verpleegkundige in haar rol als zorgverlener over moet beschikken zijn de volgende:
'Kan risico's inschatten, problemen vroegtijdig signaleren, interventies kiezen en uitvoeren, het verloop monitoren en de resultaten evalueren bij zorgproblemen in de vier gebieden van het menselijk functioneren.
Kan samenwerken met patiënten en hun naasten, mantelzorgers, hen steunen en hen waar nodig verwijzen.'

Ook hier gelden aanvullende vaardigheden en attitude voor de wijkverpleegkundigen:
'Is in staat zorgmijders en minder mondige burgers met (dreigende) gezondheidsproblemen op te sporen in samenwerking met het multidisciplinaire samenwerkingsverband of andere hulpverleners welzijn, GGZ en GGD, buurtregisseurs, buurthuizen en opvangcentra (outreachend werken).
Is in staat initiatief te nemen tot multidisciplinair samenwerken van professionals zorg en welzijn, gemeente en wooncorporaties en dit te coördineren, regisseren en te bevorderen.'

De volledige lijst van competenties van de verpleegkundigen en de wijkverpleegkundigen is opgenomen in het document *'Expertisegebied wijkverpleegkundige'* van de V&VN.

Uit bovenstaande voorbeelden wordt duidelijk dat de wijkverpleegkundige naast verplegende en verzorgende handelingen, ook een deel AIV (advies, instructie en voorlichting) en coördinatie uitvoert. De nadruk hierbij ligt op de interactie tussen de omgeving en het individu. Aangezien de wijkverpleegkundige taken zoals preventie en signaleren standaard uitvoert, zijn deze handelingen niet als losse onderdelen opgenomen in de concept aanspraak voor aanpassing van het Besluit Zorgverzekering met betrekking tot verpleegkundige zorg maar valt het dus onder alle 'zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden'.

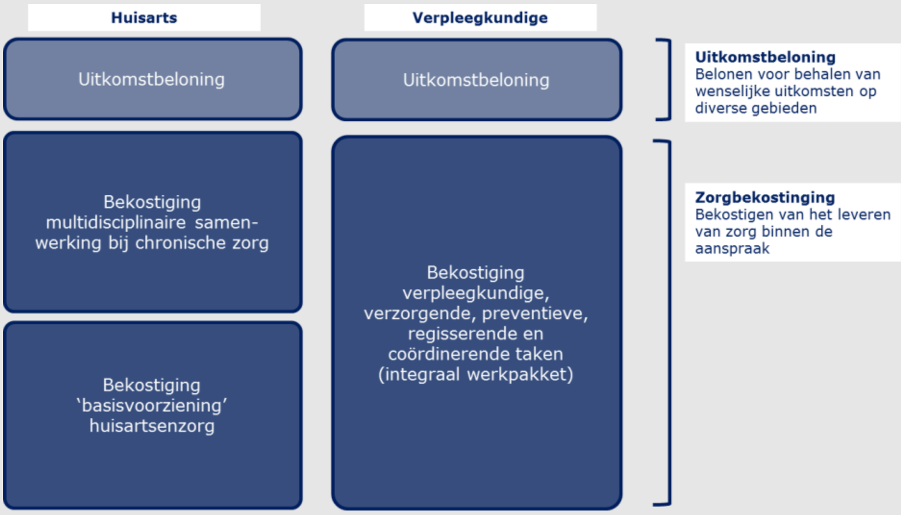
[43] de Bont et al. 2012. *'Expertisegebied wijkverpleegkundige'*. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. November 2012.

Basisniveau voor opleidingsniveau
De wijkverpleegkundige is eerst en vooral een verpleegkundige en beschikt over een HBO-opleiding. Om de titel ‘verpleegkundige’ te mogen voeren is inschrijving in het BIG-register nodig. De opleiding tot verpleegkundige op zowel HBO- als MBO-niveau is een voorwaarde voor registratie in het BIG-register als verpleegkundige. In het werkveld worden zij respectievelijk aangeduid als verpleegkundige op niveau 5 of 4.

Omdat het wenselijk wordt geacht dat mensen langer thuis blijven wonen, zal de rol van de wijkverpleegkundige steeds belangrijker worden. Bij een mogelijk tekort aan HBO-opgeleide wijkverpleegkundigen zou bijvoorbeeld ook een MBO-verpleegkundige wijkverpleegkundige taken, die geen hoger opleidingsniveau vragen, kunnen uitvoeren. Het kan aan de zorgverzekeraars overgelaten worden of deze in de polisvoorwaarden opnemen welk scholingsniveau zij wenselijk achten voor de wijkverpleegkundige functie uitoefening.

Bijlage 5. Overeenkomsten bekostigingsmodel verpleging met het beoogde bekostigingsmodel voor huisartsenzorg

Overeenkomsten met het beoogde model voor huisartsenzorg
Het beschreven model heeft veel raakvlakken met het beoogde bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg zoals dit in het recent opgestelde convenant eerste lijn is beschreven[44]. Alhoewel het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisarts nog verder uitgewerkt moet worden, is wel een eerste inzicht te geven in overeenkomsten en verschillen. Onderstaand figuur bevat een visuele vergelijking tussen beide modellen.



Figuur 4– Beoogd model huisartsenzorg versus populatiebekostiging verplegingin de thuissituatie

In beide modellen is onderscheid gemaakt in het bekostigen van de zorglevering en het bieden van mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te belonen voor gewenste uitkomsten. Daarnaast maken beide modellen gebruik van populatiegebonden kenmerken als indicatie voor zorgbehoefte, gekoppeld aan de bekostiging van zorg. Zowel in het belonen van uitkomsten, als in de populatiekenmerken, kan daarmee worden gezocht naar raakvlakken/overeenkomsten, waarmee tevens samenwerking en integrale inkoop van huisartsenzorg en wijkverpleging kan worden gestimuleerd.

Belangrijk verschil tussen beide modellen betreft de differentiatie binnen de zorgbekostiging. Bij het huisartsenmodel wordt onderscheid gemaakt in de bekostiging voor de 'basisvoorziening' huisartsenzorg en de bekostiging van multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg. Een dergelijk onderscheid is bij de wijkverpleging niet/in mindere mate van toepassing. De wijkverpleging heeft namelijk grotendeels betrekking op het leveren van chronische zorg. Ook het onderscheid monodisciplinair en multidisciplinair is niet op dezelfde wijze te vertalen naar de wijkverpleging. Het is eventueel mogelijk om dit onderscheid in het model van de wijkverpleging aan te brengen door de 'schakeltaken'

[44] Document '*Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017*', 16 juli 2013.

(zoals de preventieve, regisserende en coördinerende taken) af te scheiden van de overige verpleegkundige en verzorgende taken. Deze afscheiding is echter theoretisch van aard en onwenselijk vanuit het oogpunt van de zorglevering (en daarmee contractering). In de praktijk van de zorgverlening worden de ‘schakeltaken’ namelijk zowel in de aanloop van een zorgtraject (‘achter de voordeur komen’) als gedurende het zorgtraject (schakelen met andere instanties, preventieve handelingen, etc.) uitgevoerd. Wijkverpleging betreft een integraal geheel van deze handelingen.

Bijlage 6. Reacties van partijen op het consultatiedocument

Consultatiepartijen	Samenvatting reactie	Uitwerking in dit advies
DSW	DSW ziet in beide modellen voor- en nadelen. Een keuze voor een van de twee is volgens hen daarom niet gewenst. De voorkeur gaat uit naar een hybride model dat bestaat uit drie lagen. De eerste laag omvat signalerende en preventieve activiteiten. De vergoeding die de wijkverpleegkundige maakt voor het signaleren van problematiek, deelname in een sociaal wijkteam, organisatie en overlegkosten moet in deze laag de kosten dekken. Het non-concurrentieel tarief zou door de NZa moeten worden vastgesteld. De tweede laag bevat vergoeding van gemaakte kosten voor geleverde verpleegkundige zorg bij de verzekerde. De geleverde prestaties zijn zorgzwaartepakketten, met een max-tarief. DSW geeft aan, dat de markt op dit moment nog niet klaar is voor vrije tarieven. De tweede laag moet verder dermate flexibel zijn, dat -afhankelijk van de aantallen aanbieders, de verzekeraar moet kunnen kiezen voor populatiebekostiging (met een door de verzekeraar te definiëren wijk/gebied) of juist integrale bekostiging. Tot slot geeft de derde laag de mogelijkheid om resultaten in de lagen een en twee te belonen. Nadere invulling vergt onderzoek, aldus DSW. Voor DSW is de mogelijkheid voor keuzevrijheid en rechtsgelijkheid belangrijk. Aandacht moet dan ook uitgaan naar het eigen risico in de diverse segmenten.	Het 'hybride model' is met diverse partijen die deze optie hebben genoemd, in een werkbijeenkomst op 28 oktober nader verkend. De uitwerking hiervan is opgenomen in hoofdstuk 6 van het advies.
IGZ	De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorg en medische producten. Vanuit die optiek geeft de IGZ een aantal opmerkingen mee bij de twee modellen. Deze opmerkingen zijn enerzijds observerend van aard; anderzijds schetst de IGZ mogelijke risico's die specifiek zijn voor het model. Daarnaast signaleert de IGZ een aantal systeemtechnische belangrijke verbeterpunten in beide modellen: positionering van de schakeltaken/regeltaken van wijkverpleegkundigen wordt duidelijker, inclusief de financieringsregeling. Ook de duidelijke plaats van casemanagement in ketenzorg draagt volgens de IGZ bij aan het verbeteren van deze zorg. Twee aandachtspunten zijn: nadere invulling en uitwerking van richtlijnen/standaarden en protocollen, plus de onduidelijke definiëring van de term zorgaanbieder. Risico's die door de IGZ worden gesignaleerd zijn; onderbehandeling, beperking van keuzevrijheid, marktmacht van aanbieders, toename aantal zorgverleners en minder specialisatie. Vanuit de gedachte dat beide modellen verdere operationalisatie vergen t.a.v. richtlijnen, maakt IGZ geen keuze. Als in hybride model de voordelen en nadelen van beide modellen worden meegenomen incl. opzet van richtlijnen, kan de IGZ zich hierin vinden.	De geschetste risico's 'onderbehandeling, beperking van keuzevrijheid en marktmacht van aanbieders' behorend bij populatiebekostiging zijn opgenomen in het advies in hoofdstuk 4. Het risico op 'toename aantal zorgverleners' als gevolg van populatiebekostiging ligt niet in onze verwachting en is daarom niet opgenomen in het advies. Het risico t.a.v. prestatiebekostiging m.b.v. zorgpakketten 'minder specialisatie' is opgenomen in Hoofdstuk 5 van het advies. Het risico op versnippering is niet inherent aan prestatiebekostiging en is daarom niet opgenomen in het advies.

BTN	BTN is van mening dat op dit moment de aard van de discussie een stelselwijziging betreft waarbij niet de klant centraal blijft staan. BTN wil de klant centraal stellen en voor een nieuw model de volgende uitgangspunten stellen, nl. hoge en transparante toetredingsdrempels voor aanbieders met persoonsvolgende bekostiging en resultaatsfinanciering. BTN pleit voor meer aandacht voor preventieve taken op het gebied van persoonlijke verzorging en begeleiding. Indien hiervoor voldoende aandacht is, zal het beroep dat op medisch noodzakelijke handelingen (verpleging) wordt gedaan afnemen. Daarmee nemen ook de totale zorgkosten af. Het huidige model laat teveel ruimte voor afschuiving. Sociaal werk en preventie zullen hierdoor op den duur komen te vervallen, is de inschatting van BTN. Bovendien heeft dit 'upcoding' tot gevolg. Als een handeling maar enigszins als medisch is aan te duiden zal het ten laste van de Zvw worden gebracht. Dit zijn over het algemeen de duurdere handelingen. BTN stelt een vorm van populatiebekostiging voor, voor de taken op sociaal en preventief gebied (de "schakeltaken"). Die taken moeten bekostigd worden uit een gezamenlijk fonds van verzekeraars en gemeentes. Dit gezamenlijk fonds zou moeten worden gecreëerd op initiatief van de sector zelf (een 'derde domein'). Bovendien pleit BTN voor slechts één tarief voor de taken die vallen onder Verpleging en Persoonlijke verzorging. Onderverdeling in functies zou door de NZa moeten worden losgelaten, dit behoort tot de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder. Dit om upcoding te voorkomen.	BTN stelt een ander uitgangspunt voor in de verzekeringssfeer. Dit ligt niet binnen de invloedsfeer van de NZa.

CZ	ZN heeft een hybride model voorgesteld waar CZ zich grotendeels in kan vinden, maar heeft een aantal aanscherpingen/verdiepingsslagen daarop. Laag 1 van het model van ZN beschrijft signalerende en preventieve taken, met populatiebekostiging per inwoner. CZ stelt 1 Hoofdaanbieder ("strategische partner") en eventueel meerdere onderaanbieders voor bij uitvoering van laag 1. Daarnaast zou CZ de populatie niet per verzekerde maar per wijk willen definiëren i.v.m. de afstemming met de andere partijen / domeinen. De dominante verzekeraar zou dan ook de afspraken moeten maken, waarbij alle overige verzekeraars volgen. Laag 2 van het ZN model is prestatiebekostiging met een klein aantal prestaties, welke bij meerdere aanbieders kunnen worden ingekocht. CZ zou hierbij graag zien dat voorwaarden over afstemming met bijv. overige domeinen bestuurlijk worden geborgd. CZ zou MSVT toe willen voegen aan laag 2, waarbij het tarief gekoppeld kan zijn aan zorgzwaarte (met noodzakelijke differentiatie), waar dan voldoende prikkels van uit zou moeten gaan voor de zorgaanbieder om zodra mogelijk lichtere zorg in te kunnen zetten en uiteindelijk zelfredzaamheid te stimuleren. Voor laag 2 stelt CZ een eigen bijdrage voor. Laag 3 volgens het ZN model is de beloning voor uitkomsten en vernieuwing. Het voorstel om hier invulling aan te geven is de ontwikkeling van landelijke outcome parameters. Resultaten in de vorm van gezondheidsuitkomsten zouden dan beloond kunnen worden. In algemene zin zou CZ voldoende vrijheid willen voor verzekeraars in de contractering. Aandacht zou uit moeten gaan naar de koppeling tussen cure/care en de koppeling met het sociale domein. Er zouden parameters ontwikkeld moeten worden om de minimale afstemming met het sociale domein inzichtelijk te maken en voor regionale vergelijkbaarheid. Belangrijk aandachtspunt van CZ is dat de borging van kwaliteit boven de keuzevrijheid van een verzekerde gaat.	Het alternatieve model is met diverse partijen die deze optie hebben genoemd, in een werkbijeenkomst op 28 oktober nader verkend. De uitwerking hiervan is opgenomen in hoofdstuk 6 van het advies. Overige genoemde punten worden als aandachtspunten meegenomen en afhankelijk van keuze voor een model, in een later stadium verder uitgewerkt.
NPCF	In algemene zin pleit de NPCF voor een aanspraak thuiszorg (verpleging en verzorging) in de Zvw voor ouderen en mensen die relatief snel achteruit gaan/met degeneratief ziektebeeld. Voor mensen die vooral ondersteuning/begeleiding vanuit Wmo ontvangen is er mogelijk een andere oplossing noodzakelijk. De NPCF ziet de volgende randvoorwaarden voor de toekomstige bekostiging: - voldoende ruimte voor keuzevrijheid - bekostiging gericht op creëren van meerwaarde voor mensen (i.p.v. kopiëren van producten uit de AWBZ), uitkomstbekostiging die verfijnd kan worden in de loop der jaren - voldoende ruimte om samenhang en integrale zorg te faciliteren en belonen - niet te ingewikkeld bekostigingsmodel. - de nieuwe bekostiging moet gepast gebruik stimuleren. De voorkeur van de NPCF gaat uit naar een transitiemodel; simpel en verder ontwikkelen in de loop van de tijd. Er wordt extra aandacht gevraagd voor de schakeltaken: ook al staat in het model 'integrale prestaties' dit als aparte module genoemd, het is onlosmakelijk onderdeel van het werk. Belangrijk dat het niet gezien gaat worden als een losse taak buiten het primaire zorgproces.	In hoofdstuk 7 van dit advies wordt een transitiemodel uitgewerkt en wordt aandacht besteed aan de schakeltaken. Genoemde randvoorwaarden komen bij de afweging van de bekostigingsmodellen aan bod.

CVZ	Het CVZ geeft aan dat de verandering van het BZv 2015 de situatie oplost dat bij samenhang met MSVT de VP onder Zvw valt en met huisartsenzorg onder AWBZ. De zinsnede 'in verband met geneeskundige zorg' beschrijft een beperkt terrein waarop verpleegkundigen onder de basisverzekering werkzaam kan zijn. De signalerende functie kan ook zonder diagnose van huisarts/medisch specialist aan de orde zijn. Hiervoor is wel overleg gewenst met de huisarts over welk domein de zorg gaat leveren. Bij de samenloop van Zvw/Wmo- zorg kan de verpleegkundige de coördinatie doen rondom de patiënt. Het opzetten en in stand houden van een organisatiestructuur (sociale wijkteam) blijft daarbij een verantwoordelijkheid van de gemeente. De ADL-assistentie past het beste onder de Wmo, ook als PV onderdeel wordt van de Zvw. Alleen wanneer ook VP integraal onderdeel is van de noodzakelijke zorg, of als permanent toezicht nodig is komt LIZ in beeld. De huidige extramurale prestaties nachtverzorging en -verpleging vallen nu onder de functie begeleiding. Een zeer groot deel van deze zorg bestaat nu uit respijtzorg, dit is een vorm van zeer kortdurend verblijf wat in de toekomst valt onder de Wmo. Aandachtspunten die CVZ noemt zijn: ANW zorg (acute zorg); verpleging onder verantwoordelijkheid van medisch specialist (het is wenselijk dat extramurale vp uit de DBC's van de medisch specialist wordt gehaald en de bekostiging los van de primaire behandelaar wordt gerealiseerd. Ook is er aandacht nodig voor bijbehorende hulpmiddelen en farmaceutische zorg.); Vp als onderdeel van de keten als keten-DBC's diabetes, CVRM, COPD en ketenzorg dementie (zoals binnen NPO); nadere afbakening Zvw, Wmo en LIZ/Kern AWBZ voor intensieve kindzorg is aangewezen. CVZ wil (indien nodig) van gedachten wisselen met de NZa over de volgende punten: - Specifieke zorgvormen als hemodialyse/peritoneaal dialyse en thuisbeademing: bij dialyse valt de vp nu onder de Zvw, en bekostigd uit DBC medisch specialist. Bij thuisbeademing valt vp onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist maar wordt deze bekostigd uit de AWBZ. Als (getrainde) mantelzorg 24-uurs beschikbaarheid kan regelen, dan kan de zorg ook via de Zvw, anders krijg je een kosten-/doelmatigheidsvraag. - Verpleging aan specifieke groepen, GGZ, extramurale zorg voor zintuiglijk beperken en extramurale behandeling van o.a. VG. CVZ komt nog terug op de volgende punten: - Conclusie uit CVZ Verkenning is dat extramurale behandeling naar zijn aard onder de Zvw past. - Palliatieve zorg: Palliatief-terminale zorg zal plaats moeten krijgen binnen de Zvw. Directe beschikbaarheid is noodzakelijk.	ANW-zorg en ketenzorg worden als aandachtpunt meegenomen bij de verdere uitwerking van het definitieve bekostigingsmodel. Verpleging is geen onderdeel van keten-prestaties in de eerste lijn zoals bij diabetes mellitus type II, CVRM en COPD. Medisch specialistische verpleging thuis is opgenomen in hoofdstuk 3, de nadere invulling m.b.t. deze onderwerpen en specifieke doelgroepen volgt in een later stadium

VGN	De koppeling met persoonlijke verzorging is in die zin belangrijk voor VGN dat de scheidslijn juist komt te liggen. Het betreft vooral de combinatie met begeleiding. In de gehandicaptensector is veel PV gekoppeld aan begeleiding en minder aan verpleging. VGN vraagt specifieke aandacht voor verpleging aan ernstig meervoudig gehandicapten die thuiswonend zijn; het verdient overweging om in de regelgeving op te nemen om voor deze doelgroep een onderaannemer in de arm te nemen die gespecialiseerd is in deze doelgroep. Daarnaast aandacht vestigen op 1 financier voor thuiswonende cliënten, zodat ouders/verzorgergs bij 1 loket alles kunnen regelen; de koppeling met het sociale domein mag meer verplichtingen inhouden, dus een gemeente afspraken laten maken, zodat de regie van alle hulpvragen vanuit dit loket kan plaatsvinden. Daarnaast vragen zij aandacht voor de randvoorwaarden bijv. of hun doelgroep goed in de populatiebekostiging zit (bijv. bij geclusterd wonen); het is immers een kleine maar specifieke doelgroep die soms verpleging nodig heeft. VGN lijkt de integrale prestatiebekostiging meer passend, omdat het toch veelal om geplande persoonsgebonden zorg gaat. De algemene conclusies uit het overleg delen zij.	Welke (delen van) zorg worden overgeheveld ligt buiten de invloedsfeer van de NZa. De specifieke doelgroepen worden niet bij name genoemd maar worden wel als aandachtspunt meegenomen in de verdere uitwerking van het bekostigingsmodel.
ZN	Verzekeraars zetten met de overheveling van extramurale vp naar de Zvw in op integrale zorg op maat als toekomstperspectief. De toenemende vraag en een kwetsbaarder wordende patiëntengroep vraagt om een transformatie. Het bekostigingsmodel zou deze transformatie moeten stimuleren en faciliteren. Dat stelt hoge eisen aan het nieuwe bekostigingsmodel. Achmea wil daarom drie zaken benadrukken. Ten eerste vergt een transformatie tijd. De transformatie komt pas op gang na overheveling. Zij zouden willen inzetten op een overheveling per 1-1-2015. Wanneer dit niet met een nieuw bekostigingsmodel kan, zou de uitwerking van een terugvaloptie nodig zijn. Als tweede punt betreft de transformatie niet alleen verpleging maar zou deze parallellen moeten hebben met de huisartsenbekostiging. Ten derde vinden verzekeraars de samenwerking met het sociale domein van cruciaal belang voor succesvolle transformatie. Verzekeraars zien de twee uitgewerkte bekostigingsmodellen als twee uitersten op een continuüm en zien een hybride model meer als mogelijke oplossing. Dit model zou naar analogie van de huisartsenbekostiging ook uit drie lagen bestaan. De eerste Laag zijn de signalerende en preventieve taken. De tweede laag zijn de integrale verpleegkundige prestaties, deze vormt een vergoeding van de kosten voor geleverde verpleegkundige zorg bij de patiënt. De derde laag biedt de mogelijkheid om resultaten van geleverde zorg in de eerste en tweede laag te belonen. Vragen die verzekeraars nog niet helder hebben zijn: verplichte contractering/restitutieverzekering, eigen risico/bijdrage. Mogelijkheid tot persoonsgerichte bekostiging bij intensieve kindzorg/langdurige/onplanbare zorg. Randvoorwaarden die verzekeraars stellen voor het hybride model zijn: transparantie, dataregistratie, zorgzwaarte en goede afbakening.	Het 'hybride model' is met diverse partijen die deze optie hebben genoemd, in een werkbijeenkomst op 28 oktober nader verkend. De uitwerking hiervan is opgenomen in hoofdstuk 6 van het advies. Een terugvaloptie is opgenomen in H7 van het advies. Genoemde vragen als verplichte contractering/restitutieverzekering, eigen risico/eigen bijdrage zijn in het advies geadresseerd en worden meegenomen in de verdere uitwerking. Het advies bevat nu de hoofdlijnen. Genoemde randvoorwaarden transparantie t.b.v. inkoop en uitkomstmeting, centrale data inzameling en zorgzwaartemodel, BTW problematiek betreffen met name de uitwerking. Dit zal in een later stadium verder worden uitgewerkt.

V&VN	In de consultatie wordt ervan uitgegaan dat een keus moet worden gemaakt voor één van deze twee bekostigingsmodellen. Beide modellen kennen risico's en beperkingen die helder zijn verwoord. V&VN is echter van mening dat de voordelen van de populatiebekostiging groter zijn en deze vorm meer kansen biedt dan de prestatiebekostiging en heeft daarom de voorkeur voor deze vorm van bekostiging. V&VN ziet in deze vorm van bekostiging de beste kansen om de wijkverpleegkundige in de volle breedte in te zetten - zoals ook geformuleerd in het expertisegebied wijkverpleegkundige- en integrale zorg te leveren. De beschikbaarheidsfunctie en de resultaten van de Zichtbare schakelprojecten worden op deze wijze geborgd en de professionele regie komt bij de wijkverpleegkundige te liggen. Daarmee geeft deze vorm van bekostiging de beste waarborg om zorg dichtbij de burger in de buurt te versterken, waarmee zorg op maat mogelijk wordt en versnippering van zorg wordt voorkomen. V&VN vindt het model van de populatiebekostiging nog onvoldoende concreet uitgewerkt in het consultatiedocument. Niet helder is over welke populatie wordt gesproken: wijkpopulatie of de populatie verzekerden van één specifieke verzekeraar. V&VN is van mening dat de wijkpopulatie leidend moet zijn in dit bekostigingsmodel, waarbij de kansen en belemmeringen van het abonnementssysteem verder uitgediept moeten worden. V&VN is geen voorstander van de bekostiging via integrale prestaties. Het gepresenteerde model staat vooralsnog haaks op het uitgangspunt: een integrale aanpak van de bekostiging, waarbij samenhang tussen de diverse taken en rollen wordt geborgd. Deze vorm van bekostigen is niet flexibel, formuleren van de prestaties geeft geen invulling aan de dynamiek in het primaire proces. De beschikbaarheidsfunctie, samenwerken in de wijk, (selectieve) preventie en signalering passen niet in het model van de voorgestelde prestatiebekostiging. De extra module, zoals wordt voorgesteld, is te beperkt, biedt onvoldoende garanties om bovengenoemde activiteiten te integreren in de dagelijkse zorg en lijkt daarmee losgekoppeld van de totale zorg en apart ingekocht te kunnen worden. V&VN verzoekt nadrukkelijk aan de NZa om ook een derde optie in overweging te nemen: een combinatie van populatiebekostiging en integrale prestaties. Het voorstel richt zich op een combinatie van populatiebekostiging met daarin een prestatie gebonden deel. In een later stadium kan aansluitend een vorm van uitkomstenbekostiging wordt gerealiseerd. V&VN is geen voorstander van inkoop wijkverpleegkundige zorg bij thuiszorgorganisaties.	Het hybride model is met diverse partijen die deze optie hebben genoemd, in een werkbijeenkomst op 28 oktober nader verkend. De uitwerking hiervan is opgenomen in hoofdstuk 6 van het advies.

ActiZ	Actiz heeft een voorlopige reactie gegeven, om de volgende redenen: de aanspraak op Thuisverpleging is nog niet definitief vastgesteld. Het NZa advies bevat een uitwerking van twee uitersten. Een nadere concretisering van het definitieve (meng)model is nodig voor een definitieve reactie. ActiZ geeft de volgende aandachtspunten mee: neem aanpalende sectoren (Wmo) mee in de uitwerking van het model, werk met de uitgebreide aanspraak (incl. PV volledig), houd rekening met Behandeling (moet ook onderdeel worden van de aanspraak), zorg dat begrippen 'thuisverpleging' en 'wijkverpleging' niet door elkaar worden gebruikt. ActiZ geeft een betoog over de diverse kansen die het nieuwe systeem/de integrale aanspraak op Thuisverpleging biedt (o.a. gebiedsgerichte aanpak, ambulant model voor kwetsbare ouderen, transmurale bruggen tussen ziekenhuiszorg en eerstelijns zorg). ActiZ pleit voor een gemengd model en verzoekt om de mogelijkheden op korte termijn nader te onderzoeken. Een nieuw model bevat naar mening van ActiZ drie bouwstenen: een voorziening voor beschikbaarheid, integrale prestaties, beloning naar resultaat. Daarnaast is ruimte voor vernieuwingsprogramma's waarin huisartsen, wijkverpleging en welzijnsfuncties binnen het sociaal domein gebiedsgericht samenwerken en zo gezondheidswinst voor patiënten combineren met kostenbesparingen in gehele zorgstelsel. De volgende uitgangspunten zijn voor ActiZ van belang bij de ontwikkeling van een bekostigingsmodel voor de Thuisverpleging: - De meerwaarde van een nieuwe bekostigingssystematiek moet liggen in het oplossen van de huidige administratieve lasten problemen en het ontbreken van een eenheid van taal en van professionele standaarden. De ontwikkeling van een nieuw model moet geen doel op zich zijn, maar deze problemen aanpakken. - De toegang tot de aanspraak Thuisverpleging verdient volgens ActiZ meer aandacht. Een (noodzakelijke) verwijzing van een huisarts verhoudt zich bijvoorbeeld slecht met signalerende en preventieve taken. - Het bekostigingsmodel moet een cliëntgerichte benadering kennen: prikkels voor versterking van de eigen regie, ondersteuning van het netwerk, zeggenschap over de zorg die ontvangen wordt en keuzevrijheid van aanbieder. - De coördinerende, regisserende en organiserende taken moeten integraal onderdeel zijn van het totale pakket (geen knip). - De wijkverpleegkundige moet haar werk onafhankelijk kunnen doen; niet aan de orde is dat wijkverpleegkundige werkzaamheden uitsluitend onder aansturing van de (huis)arts uitgevoerd mogen worden. - Om kwaliteit te borgen en uitkomsten te meten is het (door)ontwikkelen van professionele en zorginhoudelijke standaarden van belang. - Een heldere afbakening van de aanspraak Thuisverpleging en het aanbod binnen aanpalende domeinen (Wmo en eerste- en tweedelijns cure). Ten slotte wijst ActiZ er op dat zorgaanbieders al belangrijke stappen hebben gezet bij de (her)ontwikkeling van Thuisverpleging. In regionale netwerken van aanbieders en verzekeraars zijn daarbij duurzame afspraken gemaakt over samenwerking en bekostiging. ActiZ pleit ervoor om deze praktijkvoorbeelden en 'showcases' nadrukkelijk te benutten bij de ontwikkeling van een nieuwe bekostigingssystematiek Thuisverpleging.	Het hybride model is in overleg met partijen nader verkend en komt terug in hoofdstuk 6 van het advies. De aandachtspunten van Actiz worden daarnaast meegenomen in de verdere uitwerking van het bekostigingsmodel.

LOK/LVG	De burger in de eerste lijn moet op eenvoudige wijze geïntegreerde zorg kunnen ontvangen. De wijkverpleegkundige speelt daarbij een belangrijke rol om te indiceren, te organiseren en verbindingen te leggen met het sociale domein. Preventieve activiteiten in de wijk (op populatie/doelgroep niveau) zijn belangrijk binnen de wijkverpleegkundige functie maar ziet de LVG/LOK onvoldoende uitgewerkt in model 2. Ook schiet model 2 tekort bij huisbezoeken zonder indicatie voor wijkverpleging (met name bij mensen met meerdere gezondheidsvragen samenhangend met welzijn en participatie) en het vroegtijdig acteren op eerste risico's op gezondheidschade. De LOK/LVG ziet verder samenwerking in beide modellen graag beter expliciet uitgewerkt. daarbij moet ook gedacht worden aan samenwerking met het sociale domein en de wijk. de LOK/LVG beschouwen de zorggroepen, gezondheidscentra en verpleegkundige praktijken als mogelijke zorgaanbieders. Tot slot geeft de LOK/LVG aan dat zij een voorkeur hebben voor het hybride model (bekostiging individueel zorgniveau, bekostiging schakeltaken op wijkniveau en tot slot bekostiging op uitkomstniveau).	Samenwerking is voor beide modellen in het advies benoemd als aandachtspunt. Verdere uitwerking hangt samen met de keuze voor een bekostigingsmodel en zal in een later stadium aan de orde zijn. Het hybride model is in overleg met partijen nader uitgewerkt en opgenomen in hoofdstuk 6 van het advies.
Achmea	Achmea geeft in hun reactie aan alleen in te gaan op de prestatie thuisverpleging en laat persoonlijke verzorging buiten beschouwing. De reactie van Achmea komt overeen met de reactie van ZN Naast randvoorwaarden stelt Achmea nog een aantal uitgangspunten die zij hebben t.a.v. het geschetste hybride model, nl. integrale regio specifieke inkoopstrategieën, financiering laag 1 per verzekerde, prestaties laag 2 nader onderzoeken, uitkomstindicatoren laag drie in samenhang met huisartsenzorg en WMO.	Het 'hybride model' is met diverse partijen die deze optie hebben genoemd, in een werkbijeenkomst op 28 oktober nader verkend. De uitwerking hiervan is opgenomen in hoofdstuk 6 van het advies. Een terugvaloptie is opgenomen in H7 van het advies. Genoemde vragen als verplichte contractering/restitutieverzekering, eigen risico/eigen bijdrage zijn in het advies geadresseerd en worden meegenomen in de verdere uitwerking. Het advies bevat nu de hoofdlijnen. Genoemde randvoorwaarden transparantie t.b.v. inkoop en uitkomstmeting, centrale data inzameling en zorgzwaartemodel, BTW problematiek betreffen met name de uitwerking. Dit zal in een later stadium verder worden uitgewerkt.
Cordaan	Met betrekking tot wijkverpleging is er een verbrokkeld geheel ontstaan, er zijn nu aparte regelingen en initiatieven. De nieuwe bekostiging zou recht moeten doen aan de veelzijdigheid van wijkverpleging (preventie, casemanagement, zelfzorg management, verpleegtechnische handelingen, zorg coördinatie). Twee aandachtspunten zijn daarbij van belang, nl samenhang in de brede eerste lijn met name huisartsenzorg en verpleging en sturing op zorgresultaten naar vergoeding van geleverde zorg. De twee voorgestelde bekostigingsmodellen zijn beide niet bevredigend en er is dan ook de voorkeur voor een nieuwe opzet van de bekostiging met de volgende elementen; basis met daarin beschikbaarheid, vraagverheldering, vroeg signalering en preventie. De bekostiging van deze basiscomponent zou middels populatiebekostiging kunnen (bedrag per verzekerde). Een tweede component zouden pakketten verpleging/ integrale prestaties kunnen zijn, met onderscheid van kordurende zorg en langdurige zorg. Een derde component berust op beloning naar resultaat. Op dit moment wordt voornamelijk gestuurd op verrichtingen, inzet moet meer gaan berusten op inhoudelijke inzichten over lonende interventies. Er moet nog een slag gemaakt worden m.b.t. professionele standaarden.	Begrippen zijn zoveel mogelijk verduidelijkt in het document. Een mogelijke uitwerking van Het hybride model en de duiding daarvan is opgenomen in hoofdstuk 6.

ONVZ	Een zeer belangrijke randvoorwaarde voor ONVZ is dat het te ontwikkelen bekostigingsmodel verenigbaar is met het voeren van een zuivere restitutiepolis. Volledige keuzevrijheid voor verzekerden is van groot belang. Aangezien verzekeraars worden bekostigd op basis van de zorgzwaarte van hun verzekerdenpopulatie, dient bij populatiebekostiging de geleverde zorg ook te worden bekostigd op basis van de zorgzwaarte van de betreffende verzekerde of verzekerdenpopulatie en niet op basis van de gemiddelde zorgzwaarte. Wijkgerichte populatiebekostiging leidt ertoe dat het aantal zorgaanbieders in de wijk (en landelijk) zal afnemen en daarmee ook de aanboddifferentiatie en de keuzevrijheid.	Genoemde punt van de ONVZ m.b.t. de afname van keuzevrijheid a.g.v. populatiebekostiging is opgenomen in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk is ook aandacht besteed aan de moeilijkheden met een restitutie bij de keuze voor populatiebekostiging.
Buurtzorg/ Amstelring/Zorgaccent	Met een analyse van de huidige situatie van Buurtzorg/Amstelring en Zorgaccent geven zij aan dat sinds de jaren 90 beleidsinterventies zijn gepleegd in de wijkverpleegkundige zorg. Er is jargon ontstaan dat vooral van toepassing is aan de bekostigingskant en niet in het veld. Termen als PV-extra, VP-speciaal, Thuisverpleging, MSVT en schakeltaken zijn daarom kunstmatig, de professional herkent deze termen niet. Dit jargon heeft wel tot veel registratielast geleid. Er is volgens deze partijen geen logische relatie tussen indicatiestelling en gerealiseerde zorg. Het zorgproces is dynamischer. De huidige verzameltermen VP, PV en OB dekken zorginhoudelijk de lading niet, dit zijn termen die aansluiten op de IT-methodiek. De professionele standaarden ontbreken nog, maar een eenheid van taal is hier belangrijk. Buurtzorg/Amstelring en Zorgaccent zien de volgende effecten van de voorgestelde bekostigingsmodellen: er zijn o.a. veranderingen in IT administratie nodig dit is kostbaar. Deze middelen zouden aan primaire zorgproces moeten worden besteed. Wanneer integrale prestaties moeten worden ontwikkeld moeten deze aansluiten bij de praktijk (en niet gebaseerd op CIZ gegevens). Integrale prestaties zijn een goede manier om juiste prikkels in te bouwen mits ze aansluiten op de praktijk. Partijen geven aan dat populatiegebonden bekostiging voordelen kent maar vragen zich af of dit aansluit op gereguleerde marktwerking? Wijzigingen op een dergelijk niveau leveren waarschijnlijk meer bureaucratie op en weinig verbetering in het primaire proces. Zij stellen voor de focus te leggen op kennisprogramma's gestoeld op internationale begrippen in de wijkverpreegkundige zorg. Logische uniforme taal is van belang. Er moet één prestatie wijkverpleging komen. De huidige splitsing in VP, PV, extra's. MSVT. schakeltaken etc. is niet gewenst. Aanbeveling is om één prestatie met een tarief te ontwikkelen. Er moet worden geëxperimenteerd met vormen van integrale wijkverpleegkundige zorg. Maak niet overhaast nieuwe prestaties ontwikkelen en invoeren. De populatie benadering is op een aantal vlakken erg gewenst bv. M.b.t. beschikbaarheid, infrastructuur en bereikbaarheid. Ook de ontwikkeling hiervan moet niet worden overhaast.	Het bedoelde hybridemodel is weergegeven in hoofdstuk 6, evenals de wijze hoe de NZa dit model interpreteert in het bredere geheel. De opmerking dat prestaties niet overhaast ontwikkeld moeten worden en dat populatiebekostiging pas mogelijk is in de toekomst is meegewogen in het voorgestelde tijdpad. Overige genoemde punten worden meegenomen in de verdere uitwerking van een model.

LHV	De LHV ziet populatiebekostiging als een toekomstperspectief waar het veld nu nog niet klaar voor is en stelt voor te starten met bekostiging via integrale prestaties. Voor het tarief is het ongewenst onderscheid te maken tussen de schakeltaken en de basislaag. De positie van wijkverpleegkundige impliceert juist dat wordt samengewerkt met andere disciplines. Het belang van samenwerking en samenhang met de huisartsenzorg- en bekostiging wordt benadrukt. Wijkverpleegkundige dient budgettaire ruimte en vertrouwen te krijgen om te expliciteren wat zorg inhoudt en hoe de zorg geleverd wordt. Aandachtspunt is up-en downcoden van zorgzwaarten. Invoering per 2015 lijkt haalbaar, indien de huidige procedures als uitgangspunt worden genomen.	De opmerking m.b.t. populatiebekostiging als toekomstperspectief wordt meegewogen in het voorgestelde tijdspad. Genoemd aandachtspunt up- en downcoden van zorgzwaarten' wordt meegenomen bij de uitwerking van een bekostigingsmodel.
Overige partijen		
Zorgboog	De Zorgboog stelt voor het nieuwe systeem zo vorm te geven dat er zo min mogelijk systeemwijzigingen voor de uitvoering zijn. Een theoretisch onderscheid o.b.v. aard van verwijzer of indicatie bv. Huisarts en medisch specialist bij MSVT moet worden voorkomen. Populatiebekostiging betekent een totale reorganisatie van de thuiszorg en het verzekeringsstelsel (richting ziekenfonds). De Zorgboog ziet hierbij veel implementatienadelen. Een samenwerking in het zorgaanbod is pas haalbaar als alle domeinen onder pop. bekostiging vallen. Het voorgestelde tijdpad is volgens hen dan ook niet haalbaar. Integrale prestaties is door de aansluiting met de praktijk en eenvoud goed mee te werken, Mits er geen knip komt in de thuiszorg; PV en VP niet splitsen. Door lokale regelruimte te creëren komen er mogelijkheden voor selectieve inkoop. De beschikbaarheid van schakeltaken zijn volgens de Zorgboog zo goed te realiseren. M.b.t. zorgzwaarte zouden zij een eenvoudig prestatiemodel en zo min mogelijk differentiatie willen zien. Gezien een overgangsperiode lijkt het tijdpad goed te doen voor invoering van een prestatiemodel.	Opmerking m.b.t. benodigd tijdpad voor populatiebekostiging en prestatiebekostiging is meegewogen in de voorgestelde planning. In hoofdstuk 3 is een advies opgenomen m.b.t. het opheffen van het theoretische onderscheid o.b.v. aard verwijzer. Over de aanspraak op persoonlijke verzorging binnen de Zorgverzekeringswet is inmiddels een besluit genomen.
Innovators Complexe wondzorg	Innovators Complexe wondzorg zien complexe wondzorg wel een adequate plaats hebben binnen het bekostigingsmodel 'integrale prestaties', want zij hechten veel belang en waarde aan integrale zorg. Hierbinnen is het mogelijk om een 4 of 5-tal prestaties op patiëntniveau in rekening te brengen (wondprofielen). Het krijgt een duidelijk omlijnd 1ste-lijns karakter en kan door verzekeraars als zodanig op eenvoudige wijze worden ingekocht. Via integrale prestaties is een fixed-price afspraak mogelijk met bijbehorende, heldere en harde outcome-afspraken. Wanneer indicatie voor integrale prestatie/wondprofiel bij HBO/WO verpleegkundigen ligt, werkt dit kostenverlagend. Door integrale tarieven worden zorgaanbieders geprikkeld om tegen vaststaande tarieven een gegarandeerde kwaliteit te leveren. Voor het definiëren van integrale prestaties dient de zorg naar aard en inhoud op een hoger detailniveau in kaart te worden gebracht. Via populatiebekostiging lijkt het vooralsnog alleen mogelijk om complexe wondzorg een juiste plek te geven door deze regionaal in te kopen. naast een grote aanbieder die in alle overige (care-) verpleging en zorg in een regio voorziet. Er is sprake van specialisatie die moeilijk aan kan sluiten bij reguliere thuiszorg vanwege de hoge mate van opleiding, kennis en werkervaring bij wondzorgspecialisten. Het integrale karakter en een deel van de aanzienlijke voordelen bij complexe wondzorg kan vervallen, zonder hier voordelen tegenover te plaatsen.	Complexe wondzorg wordt als aandachtspunt meegenomen bij de nadere uitwerking van het nieuwe bekostigingsmodel.

Wondzorg centrum van de Zorggroep	Integrale prestatiefinanciering is het meest geschikt als model voor de toekomstige en structurele financiering van complexe wondbehandeling. Essentieel voor de resultaatverbeteringen is dat er sprake is van coördinatie van de complexe wondbehandeling in één hand: casemanagement/regisseurschap. De financiering moet dat mogelijk maken cq. afdwingen. Het ligt voor de hand om deze taak te beleggen bij de een expertisecentrum (complexe wondzorg). Zo'n centrum zou een zelfstandige declaratiemogelijkheid moeten krijgen middels bekostiging op basis van 'trajecten' vanwege de stimulans tot kwaliteit en efficiency die hier vanuit gaat. Via de tariefsoort max-max tarieven kunnen nieuwe aanbieders toegroeien naar de gewenste situatie. Bij de keuze voor Populatiebekostiging komt de essentie van complexe wondbehandeling als aanbod tussen eerste en tweede lijn in het gedrang. Alleen als gekozen wordt voor uitkomstenbeloning zal de wondzorg een kans krijgen. Dat kan alleen als prestaties (uitkomsten in relatie tot kosten) bekend zijn en gericht gehonoreerd worden door de zorgverzekeraars.	Complexe wondzorg wordt als aandachtspunt meegenomen bij de nadere uitwerking van het nieuwe bekostigingsmodel
Cure4	Cure4 is een consultancybureau dat ook heeft gereageerd op het document. In hoofdlijnen een technische beschouwing op basis van de verschillende consultatievragen. Het uitgangspunt van populatiebekostiging (geen volume) beschouwen ze als interessant, mits gecombineerd met voldoende uitkomstmeting en -beloning. Zij zien als belangrijk risico dat er weinig hoofdaannemers zijn, vanwege het volumerisico. Andere gebreken aan de flexibiliteit kunnen opgelost worden via bv onderlinge dienstverlening. Populatiebekostiging is volgens hen niet haalbaar per 2015. Het BasisGGZ-model is volgens Cure4 snel uitvoerbaar en toepasbaar op verpleging> zeker omdat zij verpleging als eenvoudiger beschouwen dan BasisGGZ. De wijkverpleegkundige functie is echter niet goed te vangen met prestaties en ook de uitkomstbeloning is volgens hen lastiger te koppelen aan prestaties dan aan populaties. Cruciaal in de beleving van Cure4 is de samenwerking met de huisarts en de koppeling van beide financieringen. Een specifiek voorstel is om ook mantelzorg declarabel te maken. Het zou mogelijk moeten zijn om met nieuwe prestaties te werken per 2015 volgens Cure4.	De opmerking m.b.t. het tijdpad benodigd voor populatiebekostiging en voor nieuwe prestaties is meegenomen in het advies. Het voorstel om mantelzorg declarabel te maken is op korte termijn niet te realiseren, omdat dit binnen de wettelijke kaders van de Zvw vooralsnog niet mogelijk is.
Wondplatform Nederland	Voor wondzorg wordt een ketenprestatie, dus de integrale prestaties als beste optie gezien. Beloning op uitkomst zal daarbij een goede stimulans zijn. Er wordt bij de indicatiestelling een rol gezien voor de verpleegkundig specialist, deze lijkt nu niet helemaal in beeld in het consultatiedocument. NeFeMed spreekt de voorkeur uit voor het model voor integrale prestaties, maar heeft twijfels bij het genoemde tijdspad. Het zou onzorgvuldig kunnen worden ingevoerd wanneer dit per 2015 is.	De huidige situatie en toekomstige situatie zijn in het advies op hoofdlijnen geschetst, waarbij inderdaad niet is ingegaan op bijv. het takenpakket van een verpleegkundig specialist of gespecialiseerde wondzorg. In een later stadium wordt in de uitwerking van het gekozen bekostigingsmodel meer aandacht besteed aan specifieke doelgroepen en taken.

Alzheimer Nederland	Bij populatiebekostiging verdwijnen mensen met dementie in de grote groep en in het pakket van de generalistisch werkende wijkverpleegkundige. Voor dementie zijn voorlichting, activiteiten en casemanagement vooral van belang. Zonder expliciete resultaatverplichting bij populatiebekostiging zien wij onder diagnostiek, onderzorg en toename van intramurale opname als reële risico's. Het slagen van uitkomstbeloning is afhankelijk van het bestaan van transparante uitkomstindicatoren. Voor dementie is de Zorgstandaard Dementie, inclusief indicatoren, beschikbaar als basis voor integrale zorg en integrale bekostiging. Belangrijk om onderscheid te maken tussen wijkverpleegkundigen en casemanagers (zie Zorgstandaard Dementie). Als casemanagers naast het casemanagement ook andere functies gaan uitoefenen, zoals wijkverpleegkundige, dan kan dat leiden tot een moeilijk te combineren takenpakket. Bij dementie thuis gaat ook om activiteiten en begeleiding. Casemanagement dementie is niet een taak die een wijkverpleegkundige in enkele uren per week kan uitvoeren; vaak zijn casemanagers dementie wijkverpleegkundigen die een extra opleiding hebben gevolgd. Populatiebekostiging draagt niet bij aan de doelgroepgerichte benadering bij dementie. Wij pleiten voor integrale zorg bij dementie op basis van de Zorgstandaard dementie. Zo kan er meer rekening gehouden worden met de grote wisselingen in zorgvraag bij dementie, worden de inspanningen en resultaten voor mensen met dementie zichtbaar en kan er bij de soms forse hulpvraag thuis adequaat en efficiënter hulp ingezet worden om opname in het verpleeghuis zo lang mogelijk uit te stellen.	Dit advies betreft de hoofdlijnen van de nieuwe bekostiging. In een later stadium, bij de uitwerking van het gekozen bekostigingsmodel wordt nader gekeken naar specifieke taken en doelgroepen.